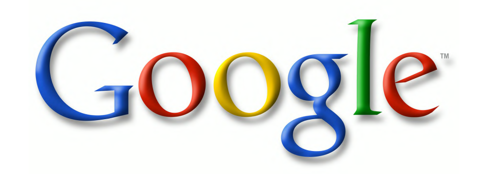
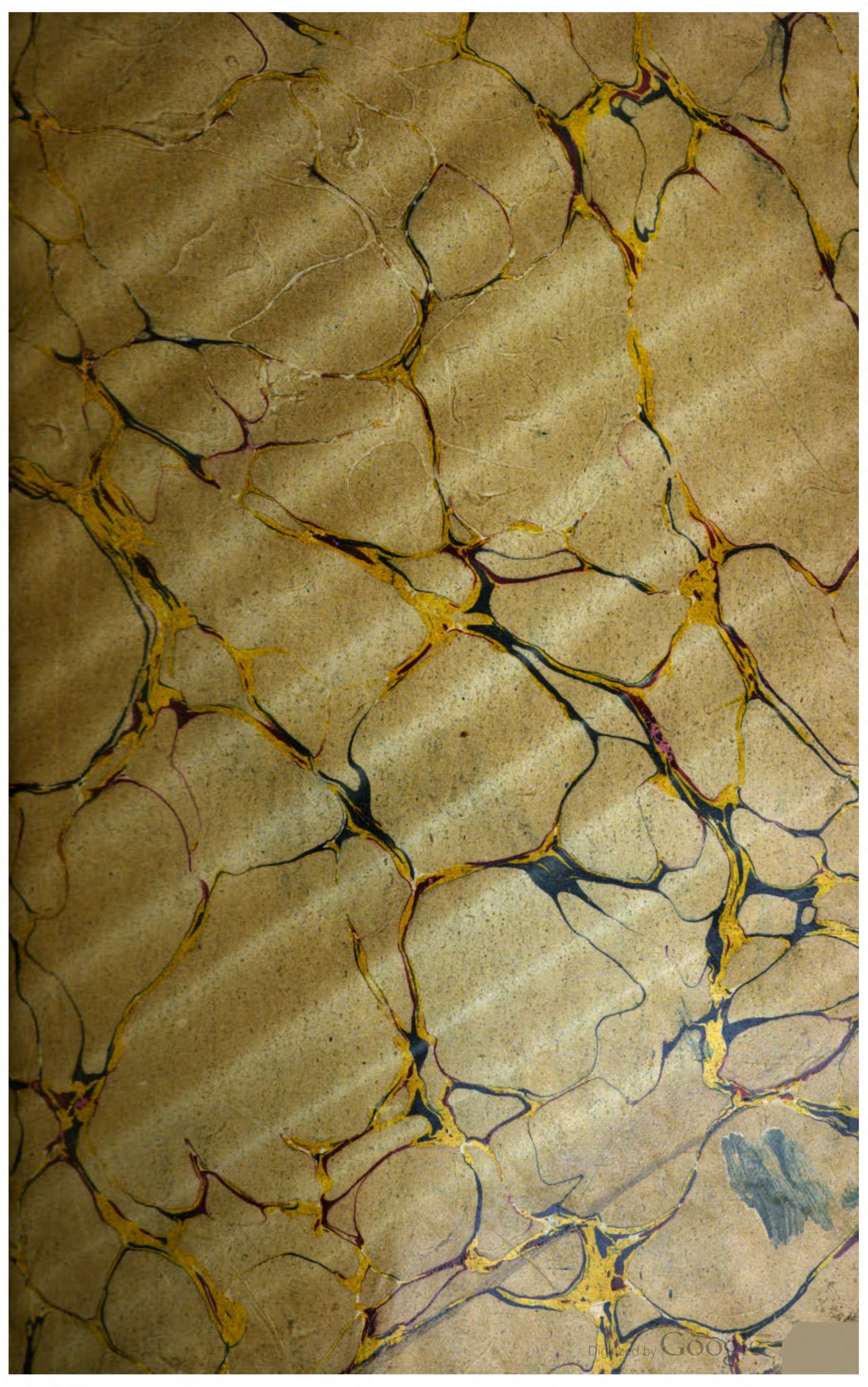



9015 00223 495 6
University of Michigan – BUHR



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE
HOMOEOPATHIC
LIBRARY



L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

REDACTEURS :

MM. Bourgeois (de Tourcoing).
Champeaux.
Dufresne (de Genève).
Escallier.
Frédault.
Hermel.
Jorez (de Bruxelles).
Jousset.

MM. Labrunne.
Lecorney (d'Alençon).
Mailliot.
Milcent.
Ozanam.
Patin.
Ravel (de Cavaillon).
Violet.

Rédacteur en chef : M. J. Davasse.

Paris. — Imprimerie de A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MEDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

Noscimus... lædi catholicam sententiam ac doctrinam de homine, qui corpore et animâ ita absolvatur, ut animâ eaque rationalis sit vera per se, atque immediata corporis forma. Pius PP. IX.

Onzième année

TOME XXI

PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

LONDRES	MADRID	NEW-YORK
Hipp. Baillière	C. Bailly-Baillière	Baillière Brothers

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, 10, QUERSTRASSE

1865

L'ART MÉDICAL

JANVIER 1865

BIBLIOGRAPHIE ET MÉDECINE PRATIQUE

— 3e ARTICLE (1) —

IV

TRAITÉ PRATIQUE ET ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE SYPHILITIQUE ET VÉNÉRIENNE, par les Drs L. BELHOMME et A. MARTIN (2).

Il y a, dans toute science, des principes généraux qui en sont la constitution même, et en quelque sorte le gouvernement. Prétendre s'y soustraire, c'est donc se placer volontairement hors la loi.

Tel est, en médecine, un peu le destin des *spécialités*. Abandonnées à la merci de quelques personnalités plus ou moins brillantes, elles en reflètent les impressions mobiles, les affirmations discordantes, les préjugés, les passions, trop souvent les intérêts mêmes. Sous l'empire de ces fluctuations continuelles, la science devient un kaléidoscope de systèmes. Les individus se substituent aux idées, les programmes aux faits, le bruit à la besogne; les opinions s'imposent volontiers comme lois.

(1) Voir *Art médical*, novembre et décembre 1864.

(2) In-12 de 690 pages. Coccoz, libraire-éditeur, 30 et 32, rue de l'École-de-Médecine.

Chacun parle une langue différente. C'est la cacophonie de Babel.

Les inconvénients de ce régime d'exception qu'elle a voulu, la syphilographie, en particulier, les sent bien. Elle se retourne avec anxiété sur son lit de Procuste. Il semble qu'elle a honte de son isolement et remords de ses perpétuelles discordes. Nous avons entendu dernièrement l'un de ses représentants les plus accrédités jeter ce cri d'alarme : « Il est temps que le spécialiste devienne médecin ! » Nous allons voir par un revirement inespéré les traités nouveaux, celui de MM. Belhomme et Martin, reconnaître la suzeraineté de la pathologie générale appliquée à l'étude des maladies vénériennes et de la syphilis.

Cette impérieuse nécessité qui conduit à invoquer les lois générales de la médecine en guise d'introduction à l'histoire d'une maladie, en particulier, montre suffisamment combien ces principes fondamentaux sont méconnus et leur solution divergente. Autrement rien ne serait plus inutile et plus oiseux que ces redites élémentaires intervenant perpétuellement à chaque question. Il suffirait d'en faire sans bruit l'application directe au fur et à mesure du besoin. Malheureusement il y a dans l'espèce d'autres difficultés. Non-seulement l'étude des affections vénériennes a été, — surtout dans ces derniers temps, — beaucoup trop soustraite à la juridiction de la médecine générale, mais encore les notions les plus nécessaires de la théorie des maladies manquent ici presque totalement. L'organicisme a fait table rase ; il s'en vante à bon escient d'ailleurs. En réduisant les maladies au rôle de lésions, cette doctrine a, par conséquent, supprimé la médecine générale et appelé, du même coup, dans sa confusion étrange, l'anatomie pathologique à usurper le monopole de l'étiologie. De

sorte que la préoccupation exclusive des médecins imbus des idées régnantes est de chercher, *per fas et nefas*, la *cause* de la maladie dans l'un de ses *effets*, son mécanisme dans ses lésions. Or, en syphilographie, c'est le virus — c'est-à-dire le produit contagieux — qui devient, dans le système en question, à la fois l'essence et la cause de la maladie. Voilà le point de mire de toutes les recherches. Véritable tonneau des Danaïdes qui absorbera indéfiniment le stérile labeur des organiciens !

Pour remplir ce tonneau, l'incontestable talent et les efforts réunis de MM. Belhomme et Martin ne pouvaient donc suffire. Aussi, quand ils ont annoncé ce que nous disions tout à l'heure, savoir : que les auteurs ont trop « spécialisé » et isolé la syphilis, dans le cadre nosologique, tandis que « la pathologie générale peut fournir sur sa marche, ses périodes, sa contagion, plus d'une donnée importante, » ils ont bien montré le but, et nous leur donnons acte, très-volontiers, de leur parfaite intention; mais l'ont-ils atteint? Il suffit de dire que tout le chapitre de pathologie générale de la syphilis, dont ils font précéder leur traité, ils l'ont réduit en très-grande partie au problème étiologique, c'est-à-dire à l'étude de la contagion et des divers modes d'action du virus. Mais, si prépondérante qu'elle soit dans la pratique, la détermination du pouvoir contagieux n'est qu'un des aspects de la question ou, pour mieux dire, l'un de ses chapitres dont la place même est ailleurs. Quant aux véritables données de la médecine générale qui pouvaient fixer la constitution et l'essence propre de la maladie, et la sauver enfin de tous les égarements d'une vaine controverse, ils n'ont pas, — de très-bonne foi, — songé même à s'en occuper.

C'est pourtant dans ce seul ordre d'idées que l'on

pouvait trouver la justification ou la condamnation de la théorie du dualisme à laquelle les auteurs dont nous parlons se sont ralliés complétement; et nous sommes sincèrement fâché qu'ils aient négligé d'orienter à cette boussole leur chemin. Car, enfin, avant d'adopter ou de repousser les errements nouveaux concluant au morcellement de la syphilis en plusieurs unités morbides distinctes, fallait-il au moins s'inquiéter un peu des éléments qui, en pathologie, constituent l'unité même, sous peine d'en parler comme un aveugle, des couleurs. Ce qui est la condition trop ordinaire des dualistes engagés à fond dans leur chaude partie de colin-maillard.

Cette discussion, nous le reconnaissons d'ailleurs, ne pouvait avoir ses coudées bien franches dans un livre qui affiche surtout les allures d'un manuel pratique et élémentaire, déjà adopté par le Conseil de santé des armées. Mais précisément cette destination obligeait à une tenue plus classique, et, cet honneur, à quelques réserves. Nous croyons, par exemple, qu'il y a de graves inconvénients à présenter à la jeunesse les assertions très-justement controversées du système dualiste comme des vérités désormais acquises dans le nouveau code disciplinaire, et à accommoder l'horizon des maladies vénériennes aux erreurs d'optique de ce point de vue. Malgré l'étiquette militaire, les praticiens des armées seront les premiers à s'apercevoir de la fausse route où on les tient. Toujours est-il que jusqu'à présent ils n'ont pas fait, en général, à la nouvelle doctrine un bien grand accueil.

Conformément à ce programme systématique, MM. Belhomme et Martin ont divisé leur traité en trois parties. La première est consacrée à la *syphilis*, c'est-à-dire (entendons-nous bien) à la forme confirmée des adultes et à la forme congénitale des nouveaux-nés; celle-ci,

sous la désignation vicieuse de syphilis infantile. La deuxième partie s'occupe du chancre simple (*chancroïde* ou *chancrelle*) considéré comme espèce mortide spéciale et distincte. Enfin dans la troisième partie sont comprises la *blennorrhagie* et les *végétations*.

Ce point de départ accepté, les auteurs ont rempli leur cadre, nous aimons à le reconnaître, avec luxe, mettant à profit et citant à propos les documents multipliés épars dans les recueils périodiques et dans les bulletins des sociétés savantes, — ce qui n'est pas une mince besogne. Quoique jeunes encore, ils n'étaient point à leur coup d'essai. L'un deux, M. A. Martin, ancien interne à la maison de Saint-Lazare, est honorablement connu pour un mémoire sur la *diphthérite génitale*, publié en 1861, et surtout pour une excellente thèse inaugurale, présentée en 1863, ayant pour titre : *De l'accident primitif de la syphilis constitutionnelle*. L'autre, M. F. Belhomme, ancien interne des hôpitaux du Midi et de Lourcine, a soutenu en 1862 une thèse remarquée sur *le chancre phagédénique et son traitement;* ce dernier, élève d'un maître sage qui porte dignement un nom aujourd'hui trois fois illustre en syphilographie, M. Cullerier, lequel est devenu à l'hôpital du Midi le véritable successeur de M. Ricord. Nos deux jeunes observateurs ont associé avec fruit leurs cartons et leurs peines, et le livre qu'ils donnent aujourd'hui est certainement le résumé le plus complet des investigations récentes dont la syphilographie a été dotée si richement. On y trouve, en outre, des recherches historiques intéressantes, des notes bibliographiques nombreuses groupées à la fin de chaque partie, surtout une étude histologique approfondie des diverses lésions syphilitiques.

Le tableau des affections est dressé avec un très-grand soin; les auteurs ont consciencieusement enre-

gistré même les plus lugubres. Nous leur reprocherons toutefois d'avoir adopté l'ordre anatomique, de préférence à celui des évolutions, se privant ainsi bien gratuitement des avantages de la méthode médicale dans ses applications les plus fécondes. Rien n'est plus exact que cette filiation ordinaire des symptômes de la forme confirmée telle qu'elle a été tracée depuis les premiers auteurs, Thierry de Héry, par exemple, jusqu'à M. Ricord, qui a si brillamment perfectionné ces données traditionnelles. C'est un tort d'en faire si bon marché. Malgré ses points de vue systématiques, M. Diday s'est bien gardé de commettre pareille faute; et, dans son dernier ouvrage, il a mis, au contraire, une grande coquetterie à retracer minutieusement les péripéties des premières périodes de la syphilis; il est vrai, comme nous l'avons dit, qu'il n'est point arrivé au bout.

Nous reprocherons encore à nos auteurs cette classification impatientante — que l'on retrouve reproduite partout — des plaques muqueuses parmi les lésions du tissu muqueux. Rien n'est moins exact : cette éruption spéciale étant commune aux deux téguments et présentant même ses caractères les plus saillants à la surface de la peau. Encore une erreur organique de l'organicisme.

Dans le livre de MM. Belhomme et Martin, le dualisme est resté pur de tout alliage. Aussi rejettent-ils, en grande partie, les dernières prétentions de l'école de Lyon sur la transmission accidentelle et répétée du chancre mixte *comme espèce distincte*, c'est-à-dire comme chancre naissant d'un autre chancre semblable à lui. Pour eux, tout en admettant la coexistence artificielle ou accidentelle des deux chancres, dur ou simple, sur le même sujet, soit au même point, soit à des points plus ou moins éloignés, ils se refusent à reconnaître que les *deux virus*

se confondent jamais. Nous ne pouvons que louer à cet égard leurs restrictions, sans nous associer d'ailleurs à la fantasmagorie du double principe morbifique.

Parmi les arguments — connus et réfutés — que l'on va rééditant sans cesse, depuis 1852, après M. Bassereau, pour établir la différence de nature du chancre simple et du chancre dit infectant, il en est un que nous voulons seulement relever ici — avec le concours assez imprévu et l'assistance toute particulière de MM. Belhomme et Martin. Ces auteurs développent, en effet, pour motiver leur adhésion au dualisme, cette prétention historique d'après laquelle on déclare que le chancre simple était connu des anciens, tandis que le chancre dur, d'origine moderne, a seul été importé en Europe à la suite de la découverte du continent américain; accumulant textes sur textes pour la démonstration de cette thèse. Il n'y a qu'une simple réponse à faire là-dessus, et cette réponse, ce sont nos jeunes recrués de la secte dualiste qui peuvent, — parlant à leur propre personne, — se l'appliquer. Il suffit, pour voir se transformer leur langage, de modifier leur point de vue, et simplement de substituer la clinique à l'hypothèse comme point de mire de la discussion.

Nous avons très-heureusement affaire à de bons observateurs. Sur le terrain des faits objectifs, le dissentiment cessera vite. Ils ne sont pas les derniers à convenir parfaitement que tous les accidents qui ont la sphère génitale pour support ne sont pas d'origine vénérienne et surtout de nature syphilitique, et que les médecins rencontraient fort bien, dans l'antiquité, des érosions herpétiques, des éruptions scrofuleuses, des furoncles, des abcès, l'épithélioma, etc. etc., des organes générateurs, les bubons strumeux de l'aine, surtout l'anthrax (dans les pays chauds), comme on les

observe, depuis la Renaissance, encore aujourd'hui dans les mêmes régions. Or, plusieurs de ces affections engendrées de causes diverses auxquelles, il faut bien le dire, la débauche n'est point toujours étrangère,— et l'on sait ses effroyables ravages dans les sociétés payennes de la Grèce et de Rome, — plusieurs de ces affections, disons-nous, restent parfois fort difficiles à distinguer du chancre syphilitique, même après les progrès séméiotiques accomplis, et aux yeux des spécialistes les plus compétents. Ecoutons, en effet, MM. Belhomme et Martin ne songeant plus au dualisme et seulement préoccupés du diagnostic clinique de la lésion ulcéreuse : « Les ulcérations de toutes sortes qui siégent sur les organes génitaux et succèdent à des lésions aiguës, comme la folliculite, les furoncles, les abcès des petites glandes de cette région, ou à des affections chroniques comme les scrofulides, les épithélioma, les gommes, sont *souvent difficiles à distinguer des chancres simples* » (p. 462). Et quelques lignes plus loin, en parlant des fissures anales : « Les signes objectifs de la plaie suffisent rarement pour en faire reconnaître *a priori* la nature. *Le seul moyen* de lever la difficulté est encore ici l'emploi de l'inoculation » (p. 463). Ainsi ces difficultés parfois si flagrantes et si vraies relativement à des lésions que nous pouvons voir et toucher, et dont on n'ose préciser la nature que sur la foi de l'inoculation , voilà que tout à coup on oublie d'en tenir compte lorsqu'on n'a plus sous les yeux et à portée de la lancette ces ulcérations contestées, et qu'il faut décider, à vingt siècles d'intervalle, leur essence même d'après quelques textes confus et, au moins, fort incomplets !

La même remarque s'adresse également à l'ulcère phagédénique. M. Belhomme n'a-t-il pas reconnu positivement, dans son excellente thèse, en 1862, que si le

premier de ces ulcères a existé *probablement* dans l'antiquité, *il est vrai* de dire cependant qu'on est obligé de torturer les textes pour arriver à trouver quelques notions vagues sur cette lésion dans les ouvrages publiés avant l'épidémie du xv[e] siècle.

Nous n'en voulons pas davantage. On pourrait montrer par d'autres exemples que, dans le traité de MM. Belhomme et Martin, l'observation fort heureusement ne perd jamais ses droits. Aussi, malgré les erreurs que nous avons dû signaler, ce travail consciencieux peut garder intacte son épigraphe : *Ceci est un livre de bonne foy.* — Et, certes ! ce mérite n'est point banal. En matière de science et surtout sous la tutelle des systèmes, l'impartialité ne court pas aujourd'hui les rues.

V

Essai critique sur l'institution de la dualité chancreuse. Thèse inaugurale présentée à la Faculté de médecine de Paris le 23 juillet 1863, par le Dr Claude Gonnard (1).

Voici un nouveau combattant qui se jette à l'improviste dans la mêlée, sans titre, sans nom, sans autorité reconnue et, pour ainsi dire, sans armes apparentes. Je me trompe, il tient dans les mains la fronde du berger David, avec laquelle il s'apprête à transpercer le dualisme, — ce fantôme qui n'est pas, il faut bien le dire, tout à fait un géant.

Le jeune athlète imprévu qui s'est attaqué vaillamment à ce système est notre distingué confrère, M. le Dr Gonnard. Son essai est un coup de maître. Aux premières lignes de sa thèse inaugurale, on devine bien vite la féconde mamelle qui l'a nourri. La substantielle doctrine de l'essentialité a coulé dans ses veines. C'est là le secret de sa véritable force. Avec l'invincible con-

(1) In-4 de 69 pages.

science de sa valeur, parce qu'il a le sentiment profond de la vérité, il peut se mesurer avec confiance avec les plus renommés de ses adversaires. N'ayons à cet égard aucune crainte. De leur cuirasse il saura bien trouver le défaut.

Et, en effet, il l'a trouvé en tant d'endroits que, dans une simple analyse, nous aurions grand'peine à compter tous ses coups. Chacun des arguments des dualistes est pour lui l'objet d'une discussion vigoureuse et serrée. L'influence comparée du virus et de l'organisme, les distinctions historique, séméiotique et étiologique des deux variétés de l'ulcération chancreuse, forment les étapes principales de son argumentation. Aux assertions systématiques, il oppose partout et toujours l'observation, surtout l'observation empruntée à ceux-là même qui n'en ont plus souci. Il les réfute avec leurs propres arguments; il les bat avec leurs propres armes. L'un après l'autre, il les enlace dans le réseau de leurs contradictions. Et c'est merveille de voir avec quelle aisance infatigable il fait évoluer ces divers personnages rien qu'au son de ce petit tambourin.

En particulier, dans le chapitre qui a pour objet les faits d'échange entre les deux chancres, M. le D[r] Gonnard démontre cette partie importante de sa thèse par des citations et des observations nombreuses, et poursuit inexorablement la question de la transmission contagieuse dans tous ses coins et recoins. Aucun refuge ne lui échappe. Il établit avec succès : d'une part, que le chancre dit infectant peut être produit par le chancre simple d'un sujet syphilitique et aussi par le chancre simple d'un sujet non syphilitique ; d'autre part, que le chancre simple peut être engendré soit chez un syphilitique, soit chez un non syphilitique, par un chancre infectant; et enfin que les deux variétés d'ulcéra-

tions virulentes peuvent sourdre d'un même ascendant.

Toute cette réfutation méthodiquement exposée, dignement écrite, calme, sensée, judicieuse, — œuvre d'un penseur et d'un écrivain d'élite, — et qui a été, de la part de la Faculté de Paris, l'objet d'une distinction bien méritée, sera lue avec fruit par les médecins attentifs au procès pendant depuis douze ans et dont le dénouement approche. M. Gonnard comptera à bon droit parmi les plus logiques défenseurs du dogme traditionnel de l'unité syphilitique. En lisant son beau travail, nous n'avons qu'un regret, c'est qu'un talent aussi éprouvé et qui pourrait rendre à la cause de la vérité tant de services, reste volontairement dans l'obscurité avec tous les dons nécessaires et enviés pour prendre vers les sommets lumineux de la science son essor naturel.

Toutefois que notre excellent confrère souffre de notre part une seule et simple objection à l'opinion qu'il a essayé de faire prévaloir sur l'ancienneté historique de la syphilis. Soutenue par Rosembaüm et plus récemment par deux auteurs très-compétents, MM. Cazenave et Follin, cette solution est singulièrement accréditée aujourd'hui, nous le savons. On répugne à admettre que la description de l'épidémie originelle se rapporte au mal français. « Quelle distance, s'écrie M. Gonnard, entre les sombres tableaux du XVe siècle et les couleurs modernes de la syphilis ! Où se trouvent de nos jours les syphilitiques de Fracastor ? » (p. 26). Nous verrons tout à l'heure où l'on découvre encore, — même de nos temps, — ces infortunées victimes.

En attendant, nous comprenons très-bien que la critique historique fasse peu de cas d'un argument assez misérable, par lequel, unitéistes et dualistes ligués cette fois, prétendent, à qui mieux mieux, expliquer les changements aperçus dans la maladie, en avançant qu'elle

s'est atténuée et s'atténue encore tous les jours par ses transmissions multipliées. Cette dégradation insensible des teintes phénoménales est une grosse erreur que M. Gonnard relève en fort bons termes. Faut-il admettre pour cela que le mal originel n'était point la syphilis? qu'il était la lèpre? la morve? le typhus? Notre confrère s'arrête à cette dernière consolation, faisant mine de se retrancher avec notre ancien ami, le Dr Follin, derrière les sources originales. Nous le suivrons gaiement, s'il veut bien se donner la peine de nous précéder lui-même à ces fameuses sources. Il y découvrira que les premiers historiens de l'invasion originelle de la syphilis distinguaient très-bien et décrivaient parallélement les épidémies de typhus; que Bénédict, par exemple, a fait l'histoire de la fièvre *pestilentielle* en 1516, et Fracastor, celle des *Constitutions pétéchiales* de l'Italie en 1505 et 1528. Il en est de même de N. Massa, de F. Langius, de G. Fallope, etc. etc. Et certes! ainsi que nous l'avons dit ailleurs, le véridique témoignage d'observateurs si compétents et le consentement universel des contemporains nous paraissent un monument plus solide que les conjectures discordantes formulées quatre cents ans après les événements en question.

M. Gonnard peut donc laisser là cet argument. Le dualisme qu'il a suffisamment terrassé ne s'en portera pas mieux.

VI

Exposé clinique des maladies des Kabyles traitées à l'hôpital militaire de Dellys. Mémoire lu à la Société de médecine d'Alger, 16 mai et 16 juin 1862, par le Dr Vincent, médecin major de première classe à l'hôpital militaire du Dey (1).

S'il est une preuve directe et positive que l'on puisse invoquer même aujourd'hui en faveur de l'existence de

(1) Grand in-8 de 80 pages, chez J.-B. Baillière et fils, éditeurs. 1862.

la syphilis épidémique au xv[e] siècle, on la trouve incontestablement dans les divers foyers endémiques où la maladie nous apparaît encore avec ses caractères originels : aux Antilles, au Canada, en Écosse, dans les pays scandinaves, dans les provinces de l'Illyrie et du Tyrol, en Afrique et jusque dans la Chine. Sous les noms divers de *pian*, *mal de la baie Saint-Paul*, *sibbens*, *radezyge*, *sckerljevo*[1], etc. etc., se masque la syphilis, affectant les mêmes caractères qu'elle présenta dans les premières années de son invasion en Europe, il y a près de quatre siècles, avec ses évolutions aiguës et simultanées, ses lésions généralisées et polymorphes, ses symptômes si graves, ses éruptions boutonneuses et framboisées si caractéristiques, enfin avec ses accidents contagieux si considérables.

Nul doute que ces endémies ne soient — par leur *nature* — identiques à la syphilis, ainsi que M. Rollet l'a reconnu, à la suite d'autres excellents observateurs, dans son remarquable mémoire en 1862 ; mais il n'est pas moins certain qu'elles diffèrent, ainsi que nous l'avons longuement démontré dans notre livre, jusqu'à un certain point — c'est-à-dire dans leur *forme* — par l'ensemble de leurs attributs objectifs et contagieux, des types vulgaires de la maladie sporadique. En effet, ces types vulgaires préexistaient déjà ou se maintenaient côte à côte dans les mêmes localités ; et cependant, lorsque la forme endémo-épidémique nouvelle apparut ou fut importée, on ne s'avisa pas de la confondre avec les premiers. Sa physionomie et ses ravages étaient bien autres. L'instinct populaire, ce véritable suffrage universel, lui donna des noms nouveaux ; il devint nécessaire de lui créer de plus importants asiles. C'est que le mal, changeant d'aspect, avait pris les allures insolites d'un fléau.

Cette question fort intéressante, qui éclaire d'un jour nouveau l'esquisse générale de la maladie syphilitique, peut être déjà étudiée à l'aide de nombreux et sérieux documents; mais il faut les compléter. Les expéditions lointaines de nos armées de terre et de mer offrent à la science, aujourd'hui plus souvent et plus aisément que jamais peut-être, des occasions précieuses de multiplier ses conquêtes. La médecine est représentée vaillamment pour le soin de ses intérêts, par de jeunes mandataires, — portant à la fois la trousse et l'épée, — dont le zèle et le dévouement sont toujours acquis aux nobles fins. En visitant successivement dans leurs promenades cosmopolites les quatre points cardinaux du globe, nos chirurgiens militaires y peuvent acquérir de glorieux trophées. En particulier, au point de vue qui nous occupe, et sans parler du parallèle indispensable des moyens curateurs, l'histoire naturelle des maladies et de leurs formes, ainsi que l'histoire philosophique des espèces et des races, ne peut être constituée que par une vue d'ensemble dans l'espace comme dans le temps. C'est l'un des plus utiles *desiderata* réclamés par les besoins de la science médicale moderne en travail urgent de sa constitution.

Telles sont les réflexions que nous inspire la méditation d'un petit travail de M. le D[r] Vincent rendant compte de sa pratique bisannuelle à l'hôpital de Dellys dans l'Afrique française, cette terre où la médecine intervient si dignement dans les progrès de la civilisation indigène par tant de bienfaits. Parmi les causes morbifiques permanentes agissant sans entraves – par la contagion et l'hérédité — sur la race kabyle dont elles entraînent la fatale dégénérescence, il faut compter là, plus que partout ailleurs encore, l'inexorable syphilis. Cette dernière peste forme à elle seule l'élément pathologique

dominant dans les contrées africaines ; sur 423 malades divers traités, en l'espace de deux ans, à l'hôpital que nous venons de nommer, 192, — dont 6 cas de décès, — étaient syphilitiques ; et, qu'on le remarque bien, dans ce nombre, « 188 appartenaient à la syphilis constitutionnelle, maladie disproportionnément étendue dans le Djurdjura, s'y transmettant comme partout par contagion directe et primitive, mais s'y propageant surtout d'une manière effrayante par la double voie de l'hérédité et de la *contagion secondaire* » (p. 45). C'est l'auteur qui souligne ces derniers mots, et non sans raison.

L'observateur intelligent et instruit que nous citons, remarquant — la simultanéité des lésions qui attaquent indifféremment à la fois les membranes tégumentaires et le tissu osseux, — leur polymorphisme, — la forme scabieuse singulière et prédominante de l'éruption, — le mode ordinaire de la contagion, — la gravité générale des accidents, — n'hésite pas à identifier cette affection, soit avec la syphilis originelle, esquissée par J. de Catanée, soit avec le sckerljevo, relaté par Cambieri. « Qui ne reconnaîtrait déjà, — s'écrie-t-il, après avoir cité la célèbre description du premier de ces médecins, — dans ce tableau de la syphilis du xv° siècle, tracé en 1505 par J. de Catanée, la syphilis de nos Kabyles, plus monstrueuse peut-être, s'il est possible, que sa hideuse devancière ? » (Page 42). Et plus loin : « Le Dr Cambieri, chargé officiellement d'étudier l'endémo-épidémie, qui, au commencement de ce siècle, reproduisit dans le village de Sckerljevo, près de Fiume, les affreux ravages de la syphilis du xv° siècle, a figuré, *presque trait pour trait*, dans son rapport la syphilis des Kabyles. Cette ressemblance est frappante et ne peut laisser aucun doute sur l'identité de nature des deux maladies. Aussi, la remarque faite par le médecin italien sur la trans-

mission non sexuelle du mal de Fiume nous semble-t-elle confirmer pleinement par son exagération même notre manière de voir touchant le mode le plus habituel de la propagation de la syphilis chez nos indigènes, savoir : la contagion par les produits reconnus inoculables de la syphilis constitutionnelle, s'opérant par diverses voies, et surtout par la bouche qui s'infecte au contact de vases et objets servant à un usage commun » (page 71).

Cette identité de nature est frappante en effet, et l'identité de forme ne l'est pas moins. Aussi l'on doit d'autant plus s'étonner, que M. le D[r] Vincent, à la suite de quelques-uns de ses collègues de l'Algérie, en particulier M. Jules Arnould, frappé par la prédominance de la dermatose syphilitique dans l'endémie du Djurdjura, arrive, dans ses conclusions, jusqu'à déclarer que la syphilis des Kabyles n'est que la lèpre antique. Quoique cette dernière opinion ait été soutenue, surtout autrefois, par de nombreux et savants médecins, nous avons énuméré ailleurs les objections nombreuses et fondées que l'on peut faire à sa prise en considération. Nous ne dirons pas, comme Gabriel Fallope, fortement ému de cette confusion de la lèpre antique et de la syphilis en son temps : « *Quis erit tam stupidus, qui eumdem esse affectum sustentare audeat ?* (1) » Mais nous prenons acte des très-intéressantes observations de nos confrères distingués de l'armée d'Afrique, pour en déduire que la syphilis se présente à l'état endémique sous une forme semblable à celle de l'épidémie originelle, et distincte — jusqu'à un certain point — des types sporadiques ; et que le mal kabyle en est à la fois, comme le sckerljevo, le pian, le sibbens, etc. etc., une manifestation et une preuve nouvelles.

(1) *Aphrod.* Coll. Aloy. Luysini. Lugd., 1772, t. I, p. 763.

Ainsi, la détermination méthodique des formes naturelles de la syphilis nous révèle la solution la plus satisfaisante vainement demandée par la critique aux systèmes du jour.

JULES DAVASSE.

— La fin au prochain numéro. —

MÉDECINE PRATIQUE

CAUSERIES CLINIQUES

I

OBJET ET BUT DE CES CAUSERIES CLINIQUES.

Sans nul doute, il est arrivé à tous les praticiens de se dire, au sortir d'une conversation médicale entre confrères : « Mais, en une heure de causeries familières, j'en ai plus appris qu'en lisant des articles de journaux correctement écrits, de savantes monographies enrichies de nombreuses observations, et même certains traités *ex professo* qui ont valu à leurs auteurs des couronnes académiques. »

Telle est, en effet, l'exacte vérité; et cela ne doit pas nous étonner, car l'explication en est bien simple.

Dans le laisser aller de la conversation, chacun de nous, laissant de côté les connaissances classiques, — lieux communs de notre science, — chacun, tantôt s'enquiert sur les *desiderata* de sa pratique journalière, tantôt donne de précieux renseignements séméiotiques ou thérapeutiques empruntés à sa propre observation. Ce libre échange de communications familières, parfois, satisfait mieux et plus vite aux exigences des praticiens que les lectures les plus variées.

Puisque ces *Causeries cliniques* nous offrent tant d'avantages, elles devraient, il me semble, faire de temps en temps le sujet d'un article de journal. Les lecteurs de celui-ci, chacun à tour de rôle, transmettraient à leurs confrères les enseignements de leur expérience personnelle. La plupart des médecins, je crois, s'empresseraient de faire de pareilles communications, auxquelles ils n'auraient, certes, point songé, s'ils n'avaient pu donner à leurs articles le tour aisé de la conversation familière. Beaucoup d'entre eux, en effet, n'ont pas le loisir ou ne veulent pas se donner la peine de rédiger des séries d'observations artistement alignées. Ce n'est pas à moi, pourtant, à discréditer ce dernier genre de publication, cette année même où j'en donne l'exemple en publiant environ deux cents cas de paralysies guéries ou produites par le phosphore. Mais avant tout, dans l'intérêt des malades et de la science, il me paraît avantageux de répandre les notions utiles de médecine pratique, libre à nous de choisir le mode de vulgarisation qui est actuellement en rapport avec nos goûts, nos loisirs ou notre commodité.

La publication de ces *Causeries cliniques* serait particulièrement opportune parmi les partisans de l'homœopathie qui n'ont pas encore aujourd'hui des cliniques régulières, en France du moins. Et même dans le cas où ils jouiraient d'un enseignement officiel, ce genre de publication aurait encore des avantages incontestables; et voici pourquoi.

Quand il ne peut suffisamment se guider d'après les indications *ab usu in morbis*, chaque homœopathe cherche, *a priori* suivant la loi des semblables, les indications médicamenteuses dans les pathogénésies. Il interprète celles-ci d'après la tournure particulière de son esprit, c'est-à-dire en artiste; or chaque artiste a sa manière.

Un professeur de l'école de peinture de Toulouse publiait, il y a quelques années, un ouvrage dans lequel il soutenait que la loi *similia similibus* était plus vraie en peinture qu'en médecine; car, disait-il, chaque artiste voit les objets à travers les couleurs de son iris. Pareille chose doit exister, pour les yeux de l'esprit, dans le domaine scientifique. Il faut donc profiter de la diversité des points de vue individuels, afin d'utiliser les observations et réflexions de tous les praticiens : chacun d'eux regardant de son côté, nous parviendrons peut-être ainsi à connaître les mille facettes du Polyèdre de la vérité médicale.

Ces considérations générales me semblent très-opportunes, quand il s'agit de l'étude des pathogénésies. En effet, en y cherchant des indications *a priori* d'après la loi de similitude, on ne peut pas toujours les formuler avec toute la précision désirable : car, on le sait, les médicaments ne produisent pas des *maladies* de toutes pièces, mais seulement des *lésions* ou des *symptômes* plus ou moins *analogues* à ceux observés dans les maladies naturelles. Or, il faut nécessairement l'application clinique pour vérifier, contrôler la justesse de ces indications *a priori*. Plusieurs cas pratiques, parfois même un seul, mettent en relief la propriété d'un médicament jusque-là inconnue. Celui qui l'a trouvée peut, en signalant cette nouvelle propriété à ses confrères, rendre un très-grand service à leurs malades. On le présumera facilement en songeant à l'immense progrès thérapeutique réalisé par le médecin qui aurait le bonheur de découvrir, pour chaque maladie, un remède aussi efficace que l'est, par exemple, la bryone dans le traitement de la pneumonie. Or, si un seul homme ne peut atteindre ce but, peut-être plusieurs praticiens pourront le

réaliser, en se communiquant leurs observations individuelles.

Mais, de ce que je préconise comme très-avantageuse l'insertion de ces *Causeries cliniques* dans les journaux homœopathiques, n'en concluez pas que je voudrais voir composer légèrement celles-ci, car alors elles ressembleraient bientôt à un recueil de recettes. Pour éviter cet inconvénient, on ne devrait proposer l'emploi de tels ou tels médicaments qu'en precisant leurs indications différentielles et en motivant ces dernières sur les pathogénésies ou sur l'application clinique. Ces communications mutuelles, — sorte d'enseignement mutuel — auraient ainsi un cachet scientifique, tout en conservant le tour familier de conversations entre praticiens.

Je vais ici même donner un exemple de ce genre de publication tel que je le conçois, en attendant que mes confrères m'en donnent le modèle; car, je l'espère, l'utilité pratique et la composition facile de ces *Causeries cliniques* inviteront sans doute chaque médecin à nous livrer les trésors de son expérience individuelle.

II

EMPLOI DU LYCOPODE CONTRE LES TICS DE LA FACE, LES CONVULSIONS DU STERNO-MASTOÏDIEN ET AUTRES MUSCLES CERVICAUX, ET CONTRE LE TORTICOLIS.

M. le Dr Émery a guéri cinq ou six personnes affectées de ce tic qui fait invinciblement porter la tête d'un côté.

A titre d'exemple, je citerai l'observation d'un jeune prêtre de 30 ans. Sa tête se tournait de côté malgré lui. Aussi, quand il disait la messe, il était obligé de pousser avec la main sa tête pour la ramener vers la ligne médiane dans sa position normale. Cette infirmité

l'avait obligé à donner sa démission de vicaire. Il fut guéri presque immédiatement après avoir pris *lycopodium* 30 pendant huit à dix jours ; aussi parut-il stupéfait de sa guérison rapide, que n'avaient pu effectuer bien d'autres remèdes administrés antérieurement.

Le Dr Schelling (voyez *Hygea*, t. IV, p. 35) a guéri, avec *lycopodium* 23, une contraction des muscles grands droits postérieurs de la tête (axoïdaux-occipitaux) chez une femme maladive de 40 ans. La contraction se manifestait d'abord par accès quotidiens tous les soirs ; plus tard, les accès revenaient le matin, enfin la contraction devint permanente. C'est alors que la malade fut traitée et guérie.

Ces cinq ou six cas de guérison démontrent, *ab usu in morbis*, l'action élective de lycopode sur les muscles sterno-mastoïdiens et sur les grands droits postérieurs de la tête. Mais ce médicament exerce une action élective, non-seulement sur ces muscles, mais encore sur les muscles antérieurs et postérieurs du cou chez l'homme sain : c'est ce que démontrent les symptômes pathogénétiques suivants empruntés à la *Matière médicale pure* du Dr Roth, t. III, p. 428-430 :

1348. Roideur d'un côté de la région cervicale.
1349. Sa tête se tourne involontairement à gauche (contraction musculaire).
1350. Pincement et tiraillement spasmodique des deux côtés du cou.
1352. Douleur tressaillante dans les muscles du côté droit du cou.
1354. Roideur douloureuse du côté gauche du cou.
1355. Douleur tiraillante dans les muscles du côté gauche du cou.
1364. Faiblesse paralytique des muscles du cou ; la tête tombe toujours en avant, avec vertige, pendant six heures, mais sans envie de se coucher.
1365. Hochement involontaire de la tête, d'abord lent, puis de plus en plus rapide.

1366. Hochement involontaire de la tête, tantôt à droite, tantôt à gauche.
1367. Secouement involontaire de la tête, qui lui donne des vertiges.
1368. Il renverse sa tête involontairement, tantôt en avant, tantôt en arrière.
1369. Les muscles du cou s'étendent et se relâchent involontairement.
1370. Doulenr dans la nuque en renversant la tête en arrière.
1371. La nuque semble trop courte en se baissant.
1377. Roideur de la nuque.
1379. Facilité à contracter des efforts, qui amènent une roideur douloureuse de la nuque.
1380. Tension des muscles de la nuque.
1381. Tiraillement et contraction dans la nuque, qui remontent jusque dans l'occiput, jour et nuit.

Ces symptômes pathogénétiques annoncent que le lycopode exerce une action élective — congestive et convulsive — sur le sterno-mastoïdien, sur les muscles antérieurs du cou et sur les muscles de la nuque.

D'après la loi de similitude, ce remède est donc indiqué :

1° Contre les tics de la tête produits par la convulsion tonique ou clonique de l'un ou l'autre de ces muscles ;

2° Contre le torticolis qui affecte le plus souvent l'un des sterno-mastoïdiens ;

3° Contre ce hochement de tête qu'on observe chez les vieillards surtout ;

4° Contre certains cas de chorée affectant les muscles cervicaux.

III

TRAITEMENT DE L'HYPOPION PAR SENEGA ET D'AUTRES MÉDICAMENTS.

TRAITEMENT DE L'HYPOPION ET DU GLAUCÔME PAR COLCHICUM.

Deux cas d'hypopion ont été récemment guéris, l'un avec *senega* 3, par M. le Dr Émery, l'autre

également avec *senega*, par M. le D[r] Rodolphe Noack, tous les deux chez des scrofuleux.

Senega paraît si efficace à M. le D[r] Sichel que, dans une de ses publications sur la pathologie oculaire, le célèbre oculiste le considère comme le *spécifique* de l'hypopion, particulièrement chez les enfants. Contre cette affection, il prescrit habituellement l'infusion de polygala.

Senega est un remède traditionnel dans le traitement de l'hypopion, puisque, déjà en 1777, Murray citait, d'après Peiffer, deux cas d'hypopion guéris par ce médicament. (*Apparatus med.*, t. II, p. 571).

Nous voyons, d'autre part, ce remède prescrit contre les ophthalmies avec exsudation et suppuration par le D[r] d'Ammon, de Dresde (*Bulletin des sciences médicales*, de Férussac, XI, 61), et contre la formation de la cataracte par Wendt, Hellmuth, Cartheuser et Schmalz.

En lisant attentivement la pathogénésie de Senega, on pourrait, à la rigueur, y trouver, *a priori*, d'après la loi de similitude, l'indication de ce remède contre l'hypopion. En effet, les symptômes oculaires, quoique tous subjectifs, ont une valeur, une signification incontestables, puisque dix expérimentateurs ont éprouvé des effets semblables sur les yeux, après avoir ingéré quelques gouttes de la teinture mère de senega (depuis une goutte jusqu'à soixante). Ainsi, neuf expérimentateurs ont tous éprouvé une sensation de *pression dans le globe des yeux*. (*Matière médicale pure*, du D[r] de Moor, tome I, p. 324-326; sympt. 73-84). L'un d'eux, en se baissant, a ressenti une pression dans les yeux, comme si un liquide s'infiltrait dans le globe et le distendait (80). Chez un autre, il y a eu apparition d'ombres devant les yeux (90). Chez un troisième, les objets paraissaient ombrés (91). Enfin, chez les autres, outre cette sensa-

tion de pression dans le globe des yeux, il y avait des hallucinations de la vue (89, 93, 94, 99, 100, 101), photophobie (98) ou faiblesse de la vue (92, 95, 96, 97, 99). Bref, chez un dixième expérimentateur il y avait la *sensation de distension dans les yeux, comme si les globes étaient trop volumineux pour ses orbites* (81, 87).

Cette concordance d'effets obtenus chez dix expérimentateurs semble prouver que senega produit la congestion de l'ophthalmie. Mais, s'il était ingéré à plus forte dose et pendant plus longtemps, ce remède produirait-il l'affection qui peut suivre la congestion de l'œil, à savoir: l'ophthalmie avec suppuration, avec hypopion ? C'est ce qu'il est difficile de prévoir, d'autant plus que les médicaments ne produisent pas ordinairement des maladies de toutes pièces, mais seulement des symptômes, des lésions. D'ailleurs, la chose serait possible que les expérimentateurs ne s'y exposeraient pas de gaieté de cœur, je présume. C'est déjà bien assez méritoire de leur part de nous apprendre, à leurs dépens, les symptômes initiaux des maladies que guérissent les remèdes: et même cet enseignement doit encore être contrôlé, complété par l'expérimentation clinique.

Cependant si, à la suite d'intoxications accidentelles par Senega, on n'a jamais vu survenir d'ophthalmies avec hypopion, on a observé cette affection chez un enfant qui fut empoisonné par le *colchicum autumnale* et en mourut le 45e jour.

Dans sa *Matière médicale pure*, tome II, p. 253-255, M. le Dr Roth a relaté, comme il suit, les symptômes oculaires de cet empoisonnement rapporté par Schilling dans les *Medizinische Annalen von Chelius Puchhelt und Nægele*, vol. IV, cah. IV, p. 591 :

Cornée. 45. Petite tache blanche circonscrite sur la

cornée, auparavant complétement transparente (le 4e jour).

La tache sur la cornée a disparu, mais la cornée est un peu trouble (le 5e jour).

La tache sur la cornée se manifeste de nouveau (le 12e jour).

La tache sur la cornée a de nouveau disparu; mais la cornée devient de nouveau plus bombée, et dans la profondeur de l'œil on aperçoit de nouveau une opacité verdâtre (le 14e jour).

Sclérotique. Sclérotique légèrement rouge (le 4e jour).

50. La rougeur de la sclérotique diminue le 8e jour et augmente de nouveau (le 11e jour).

Sclérotique de nouveau rouge (le 31e jour).

La rougeur de la sclérotique a de nouveau disparu (le 42e jour).

Chambre antérieure et postérieure. On remarque dans la chambre antérieure de l'œil une petite quantité d'un liquide purulent, et dans la chambre postérieure un obscurcissement de la lentille et de sa capsule, de telle sorte que le phénomène étrange de la formation d'une cataracte capsulaire en quelques heures se présente à l'observateur (le 5e jour).

Le cristallin opaque est poussé en avant, vers la chambre antérieure, de manière que la cornée paraît à son tour plus convexe et plus proéminente; et le globe de l'œil acquiert aussi l'aspect comme s'il était sorti de sa cavité orbitaire (le 8e jour).

55. L'épanchement purulent dans la chambre antérieure disparaît le 7e jour, et la cornée recouvre son ancienne transparence.

Une membrane floconneuse jaunâtre voltige (monte et descend) perpétuellement dans la chambre postérieure, derrière le bord de l'iris (le 11e jour).

La membrane floconneuse passe de la chambre postérieure dans l'antérieure, où elle se fixe (le 11e jour).

Dans le fond de la chambre postérieure de l'œil un nuage trouble qui paraît siéger dans le corps vitré (le 31e jour).

Iris. L'iris décoloré, effacé (le 11e jour).

L'iris à gauche de nouveau décoloré (le 42e jour).

Pupilles excessivement sensibles à la lumière (le 11e jour).

Pupille droite contractée, pupille gauche dilatée (le 31e jour.

67. Pupille droite modérément dilatée, tandis que la gauche est excessivement contractée (le 42e jour).

Cristallin. Le cristallin opaque diminue de grosseur (le 11e jour).

Le cristallin devient verdâtre (le 12e jour).

70. Le cristallin perd (le 22e jour) de sa coloration verdâtre, et, le 23e jour, sa transparence primitive est rétablie.

Les symptômes précédents suffisent pour démontrer que, d'après la loi des semblables, le colchicum est parfaitement indiqué dans les ophthalmies graves, l'hypopion et même dans le glaucome, à cause, entre autres, de la teinte verdâtre produite sur le cristallin et le fond de l'œil de ce pauvre enfant empoisonné.

D'après l'ensemble de la pathogénésie et les enseignements de l'expérience, il serait, dans ces cas, particulièrement indiqué chez les rhumatisants et les goutteux.

Et pourtant, il n'a pas, que je sache, été appliqué dans les affections des yeux par l'école homœopathique; du moins je n'en ai trouvé aucune observation dans les *Klinische Erfahrungen* de Rueckert. La tradition médicale m'apprend seulement, à ce sujet, que Locher Balber a

traité efficacement deux ophthalmies, avec la teinture de colchique (*Revue médicale*, t. III, p. 131 ; 1825). La clinique commence donc à confirmer les indications a *priori* tirées de la pathogénésie.

Cependant, en venant ici préconiser deux remèdes dans le traitement de l'hypopion, je n'ai nullement l'intention de déprécier les six ou sept autres, dont l'école homœopathique a déjà constaté l'efficacité en pareille occurrence ; loin de là. Aussi vais-je rappeler sommairement ci-après vingt-trois observations de guérison d'hypopion relatées dans l'ouvrage de Rueckert ; et, de la sorte, j'aurai brièvement exposé dans cette notice les ressources thérapeutiques que nous pouvons employer contre cette affection.

Ire Observation.

Arsenic 4 guérit en quinze jours une violente ophthalmie avec hypopion. Il fut employé concurremment un collyre fait avec l'*euphraise*.

IIe Observation.

Hepar 3, puis *euphrasia* 3, guérirent en quinze jours un hypopion accompagné d'abcès entre les lamelles de la cornée. Restaient des phlyctènes sur la cornée qui furent guéries par *pulsatilla* 3.

IIIe et IVe Observations.

Hepar guérit deux cas d'hypopion chez des scrofuleux. *Sulfur* TM, administré antérieurement chez l'un d'eux, avait seulement produit une amélioration générale.

Ve Observation.

Mercurius solub. 3 guérit un hypopion dans une ophthalmie rhumatismale.

VIe-XVIe Observations.

Mercurius sublim. guérit dix cas de violentes ophthalmies scrofuleuses présentant les symptômes suivants : tuméfaction inflammatoire des paupières qui sont fermées, inflammation des glandes de Meibomius, écoulement muco-purulent, grande photophobie, hypopion, abcès dans les lamelles de la cornée, végétations blanchâtres sur la cornée, staphylôme commençant, gonflement inflammatoire des joues et parties cir-

cumorbitaires qui sont couvertes de petites pustules, engorgement et induration des glandes cervicales, éruption cutanée sur l'occiput.

Sur les 10 malades, 6 étaient âgés de 2 à 6 ans, 3 de 11 à 16 ans. Ils avaient leur ophthalmie, les uns depuis une à trois semaines, les autres depuis un à trois mois, le dernier depuis deux ans.

La guérison eut lieu cinq fois dans l'espace de quatre à neuf jours, quatre fois dans l'espace de dix à quinze jours, celui qui était malade depuis deux ans guérit en six semaines.

Les malades prenaient, trois ou quatre fois par jour, deux ou trois gouttes d'une solution contenant :

Merc. sublim	25 milligrammes.
Eau.	120 centigrammes.

L'un des malades ne prit que un centième de cette solution, quatre ou cinq fois par jour.

Dans quelques cas, on employa des lotions faites sur les yeux avec un liquide contenant :

Merc. sublim.	5 centigrammes.
Eau.	125 grammes.

XVII[e] Observation.

Plumbum 15 a guéri un hypopion qui avait succédé à une iritis. Il y avait en même temps, la nuit, des douleurs déchirantes dans les yeux et le front qui empêchaient le sommeil ; la vue était tellement affaiblie que le malade pouvait à peine distinguer le jour de la nuit.

XVIII[e] Observation.

Aconit 2 et *sulfur* 2 guérirent une violente ophthalmie accompagnée d'hypopion, abcès dans les lamelles de la cornée, cécité.

XIX[e] Observation.

Sulfur 6 guérit une ophthalmie traumatique présentant une forte conjonctivite palpébrale, trouble de la cornée, abcès dans ses lamelles, hypopion. Le malade avait pris d'abord *arnica* et *senega* sans succès.

XXe OBSERVATION.

Sulfur TM et *sulfur* 3 guérirent un hypopion avec une violente ophthalmie qui paraissait avoir désorganisé toutes les parties des deux yeux après l'opération de la cataracte chez une dame de 68 ans.

XXIe OBSERVATION.

Sulfur 3 guérit complétement, en trois semaines, une violente ophthalmie goutteuse qui existait depuis un an chez une dame de 62 ans, et présentait un hypopion avec d'autres altérations des parties de l'œil.

XXIIe OBSERVATION.

Sulfur 1 et *sulfur* 30 guérirent complétement une violente ophthalmie avec hypopion, abcès dans les lamelles de la cornée, etc.

XXIIIe OBSERVATION.

Sulfur guérit promptement l'hypopion, même celui qui succède à une ophthalmie blennorrhagique (Dr Rummel).

Dans tous ces cas, l'hypopion fut guéri rapidement, dans l'espace de huit à quinze jours, ainsi que le fait remarquer le Dr Rueckert.

L'hypopion est ordinairement consécutif à une ophthalmie et celle-ci est le plus souvent une affection symptomatique d'une maladie. Aussi, pour instituer un traitement efficace en pareil cas, les praticiens devront-ils choisir un remède qui s'adresse tout à la fois à la maladie, à l'ophthalmie et à l'hypopion, c'est-à-dire à l'ensemble des symptômes commémoratifs et actuels. Dans ce but, ils pourront rechercher, parmi les médicaments cités dans ce travail, celui qui est le mieux indiqué homœopathiquement chez le malade à traiter.

IV

SUEURS ANOMALES DES MAINS ET DES PIEDS, LEUR TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE.

Quand, à la suite d'une immersion dans l'eau ou même à la suite d'un simple refroidissement, il y a suppression

de la sueur anomale des mains et surtout de celle des pieds, on voit alors survenir fréquemment une maladie aiguë, pneumonie, otite, etc., ou un état morbide chronique, catarrhe, dyspepsie, leucorrhée, etc. — La tradition appelle *épigénèse* ces changements heureux ou malheureux de maladies, de lésions, de symptômes, apparaissant sous l'influence de causes extérieures. — Ce sont là des faits si évidents qu'ils sont constatés par les gens du monde aussi bien que par les médecins.

De ce qu'il y a péril à supprimer brusquement ces sueurs anomales par la méthode humorale de la répercussion qui produit si souvent de funestes épigénèses, faut-il en conclure à l'impossibilité de supprimer, sans danger, ces transpirations exagérées ou fétides des extrémités? Nullement. En effet, on voit parfois, sans cause appréciable, sans cause extérieure, de telles sueurs disparaître ou diminuer en se reportant, en se répartissant sur toute la surface du corps, — heureuse *métastase* sudorale, — ou en se dérivant sur la muqueuse digestive et la muqueuse utérine, dont la sécrétion dès lors activée, diraient les humoristes, ramène à l'état normal la digestion et la menstruation. Dans ce dernier cas, il n'y a pas seulement *déplacement* d'affection, métastase; mais il y a en même temps *changement* d'affection, *métaptose*; et ces modifications sont également heureuses pour la santé de qui les subit.

La thérapeutique gagne, autant que le diagnostic et la pronostic, à connaître les modifications, les mutations, les phases par lesquelles passent les maladies, lésions, symptômes. En effet, l'art n'étant qu'une imitation de la nature, le traitement est appelé à reproduire le mécanisme des phases pour amener la maladie vers une solution heureuse. Car on ne peut violenter la na-

ture; on ne doit, on ne peut lui commander qu'en la dirigeant d'après ses propres lois.

Si les sueurs anomales des extrémités peuvent heureusement guérir par métastase ou métaptote, l'art, en suivant les procédés de la nature, peut atteindre le même but et sans plus d'inconvénients. Comment donc cela? En appliquant la médication dite altérante, en prescrivant les remèdes appropriés d'après la méthode homœopathique. Et cette opinion n'est point une simple présomption de ma part, car ma pratique s'est chargée de la contrôler et de la confirmer. A titre d'exemples et de démonstration, je vais citer les trois observations suivantes.

Ire Observation.

Transpiration des pieds, datant de douze ans, guérie par silicea.

Un jeune homme de 28 ans, robuste et bien constitué, se plaignait d'éprouver depuis douze à quinze ans une sueur des pieds tellement exagérée qu'il avait les pieds toujours froids en hiver et fréquemment excoriés en été. Je lui prescrivis *silicea* 30 à prendre trois fois par jour pendant huit jours de suite. La transpiration des pieds disparut le jour même, et, comme si elle s'était reportée et répartie sur toute la surface du corps, il survint la nuit suivante une diaphorèse telle que le malade dut changer trois fois de linge. La seconde nuit, nouvelle diaphorèse moins forte que la première, car il ne changea que deux fois de linge. Les nuits suivantes, nouvelles diaphorèses, mais progressivement décroissantes. Vers la douzième nuit, disparition complète de la diaphorèse nocturne.

Cet homme, aujourd'hui âgé de 43 ans, est beaucoup plus robuste depuis quinze ans, époque à laquelle sa transpiration des pieds fut définitivement guérie. En effet, depuis lors, éprouve-t-il le plus léger refroidissement ou le moindre malaise, il ressent la nuit suivante plus ou moins de diaphorèse, après laquelle rétablissement complet de sa santé. Grâce à la crise par la sueur qui s'effectue immédiatement, il résiste mieux aux causes de maladie et se porte mieux qu'autrefois. La guérison de la sueur anomale et le raffermissement de la santé générale ont eu lieu, dans ce cas-là, par le mécanisme d'une *métastase* sudorale qu'a produite a *silicea*.

IIe Observation.

Transpiration des mains et des pieds, datant de quinze mois, guérie par sepia.

Une jeune fille de la campagne, âgée de 20 ans, éprouvait les souffrances suivantes depuis quinze mois qu'elle habite Lyon : maux de reins, légère leucorrhée, menstruation moins abondante, appétit diminué, digestion plus laborieuse, sueurs excessives des mains et des pieds, sensation de froid dans les membres inférieurs.

Je lui fis prendre trois fois par jour, pendant dix jours de suite, *sepia* 300, qui fit disparaître les sueurs exagérées des extrémités, ramena la chaleur dans les membres inférieurs, diminua les maux de reins et la leucorrhée, améliora la menstruation, l'appétit et la digestion.

Dans ce cas-là, diraient les humoristes, le mouvement fluxionnaire, qui était en excès sur les extrémités et en augmentait les transpirations, s'était reporté et réparti sur les muqueuses digestives et utéro-vaginale pour les ramener à leur état normal, en leur donnant un surcroît d'activité.

Quant à moi, je constate simplement que, chez cette jeune fille, *sepia* 300 avait guéri les sueurs anomales des mains et des pieds, tout à la fois par changement et déplacement, par métaptote et métastase.

IIIe Observation.

Transpiration des mains, datant de vingt ans, guérie par sepia.

Une dame de mes clientes envoie à mon cabinet une jeune lingère de 22 ans, souffrant de fréquents et violents accès de migraine. Je lui prescris *nux vomica* 30, qui produit une légère amélioration. A sa seconde visite, elle m'accuse une sueur excessive des mains qui rouille toutes ses aiguilles et salit son linge de travail. Alors je lui fais prendre trois fois par jour, pendant dix jours de suite, *sepia* 300, qui guérit ses accès de migraine et sa transpiration des mains. Elle avait eu toute sa vie cette transpiration anomale.

Pendant l'administration de *sepia*, cette jeune fille éprouva un redoublement d'appétit tel que, durant le jour, elle ressentait fréquemment dans l'estomac les tiraillements de la faim, et qu'elle était obligée de faire un repas supplémentaire au milieu de la nuit ou de grand matin. A deux reprises, plus tard, elle éprouva les mêmes phénomènes en ingérant une pareille dose de *sepia* 300, ce qui prouve que ce rédoublement singulier d'appétit n'était point une simple coïncidence.

Dans ce cas, la guérison eut encore lieu, tout à la fois, par déplacement et changement, metastase et métaptote.

En écrivant ce qui précède sur les sueurs anomales des extrémités, j'ai voulu démontrer que, si leur répercussion par épigénèse donnait ordinairement lieu à de graves états morbides, on pouvait néanmoins supprimer, sans inconvénients, de telles sueurs par le traitement homœopathique. Celui-ci, je l'ai expliqué, imite en pareil cas les procédés de la nature qui, sans danger, guérit ces transpirations excessives par métastase ou métaptote. Ces résultats et ces considérations démontrent suffisamment la valeur de la thérapeutique nouvelle.

Je profite de l'occasion pour rapporter ci-après les quatre observations relatives au même sujet et consignées dans les *Klinische Erfahrungen* de Rueckert. Ce sera, d'ailleurs, un moyen de rendre moins incomplet cette notice clinique.

IVe Observation.

Sueur fétide d'un seul pied, datant de l'enfance, chez un jeune homme de 20 ans, guérie par baryta carbonica.

Un jeune domestique de 20 ans éprouvait depuis son enfance une sueur fétide à un pied seulement. Dans l'espace de trois semaines, *baryta carb.* 300 l'en guérit complétement, si bien que son maître, qui voulait le congédier à cause de cette odeur désagréable, le garda à son service.

Ve Observation.

Sueur fétide des pieds, datant de plusieurs années, guérie par silicea.

Un jeune homme robuste de 18 ans avait depuis plusieurs années une sueur des pieds tellement fétide, surtout en été, qu'il fallait parfumer la chambre où il avait été quelques instants et que personne ne pouvait rester auprès de lui. Le Dr Strecker lui prescrivit quatre doses de *silicea* 30, une goutte tous les huit jours. Dès la première, l'odeur diminua considérablement; la seconde la fit disparaître si complétement qu'on

ne sentait plus rien dans les jours les plus chauds de l'année. Six mois plus tard, ce jeune homme se portait fort bien, et ses pieds étaient aussi secs que ceux des autres personnes.

VI[e] Observation.

Sueur fétide des pieds, datant de l'enfance, chez un homme de 30 *ans, guérie par* plumbum aceticum.

Un homme robuste de 30 ans, qui avait eu un refroidissement cinq mois auparavant, accusait les symptômes suivants :

Sensation périodique de pression, de brûlure et de douleur à l'épigastre, comme si ces parties descendaient, avec malaise général. Forte tension des parois abdominales. Selles dures et marronnées. Fréquemment et sans cause, respiration courte. Amaigrissement; diminution des forces. Auparavant, sueur nocturne abondante qui avait disparu après un traitement allopathique. Sueur fétide des pieds depuis son enfance.

Gross prescrivit *plumbum acetic.* 200. Au bout de six jours, amélioration marquée; quinze jours après, guérison complète, même de l'ancienne sueur des pieds dont l'odeur fétide disparut.

VII[e] Observation.

Abondante sueur fétide et corrosive des pieds, datant de deux mois, guérie par secale cornutum.

Une jeune fille de 18 ans, d'ailleurs bien portante, avait depuis deux mois une transpiration des pieds tellement abondante, odorante et corrosive, qu'elle pouvait à peine marcher, quoiqu'elle changeât trois fois de bas par jour. La plante des pieds et les talons étaient complétement ramollis et blanchis, avec des taches bleuâtres; ils n'étaient pas tuméfiés, mais extraordinairement douloureux. Cette forte sécrétion détruisait promptement les bas et les souliers. *Secale* 12 avait produit une amélioration déjà au bout de trois jours, et, peu après, il guérit complétement cette jeune fille.

Si, dans ces quatre cas de sueurs anomales des extrémités, les médecins avaient soigneusement observé le mécanisme de la guérison, ils auraient probablement reconnu que celle-ci s'est effectuée par métastase ou métaptote, comme dans les trois premières observations empruntées à ma pratique.

L'ouvrage du D[r] Rueckert, qui est un recueil de toutes

les observations cliniques relatées ou traduites dans la littérature homœopathique allemande depuis 1822 jusqu'en 1858, ne cite pas un seul exemple de guérison des sueurs anomales des mains. Je crois donc avoir bien fait de rapporter plus haut les deux observations (II et III), où *sepia* s'est montré efficace en pareil cas. d'autant plus que les transpirations excessives des mains sont beaucoup plus rares et plus difficiles à guérir que celles des pieds.

V

LA MATIÈRE MÉDICALE PURE ET LA MATIÈRE MÉDICALE CLINIQUE.

En consultant attentivement la *Matière médicale pure*, j'aurais pu, sans doute, trouver encore d'autres médicaments également indiqués contre les affections musculaires du cou, l'hypopion et les sueurs anomales des extrémités. Mais ici, j'ai voulu particulièrement mettre en relief les remèdes dont les indications pathogénétiques sont confirmées par les indications *ab usu in morbis*. Je souhaite que tous les médecins publient de même leurs observations cliniques intéressantes, n'en eussent-ils qu'une seule caractéristique. Ce sera un moyen de contrôler, d'éclairer et, je le répète, de confirmer les indications *a priori* des médicaments que nous fournit la loi des semblables. Et, de la sorte, à côté du monument de la *Matière médicale pure* qui s'édifie chaque jour grâce au concours de tous les expérimentateurs, on verra peu à peu s'élever le monument complémentaire de la *Matière médicale clinique*, grâce au concours de tous les praticiens.

En effet, pour chaque remède, on pourrait d'abord énumérer les lésions, symptômes, affections qu'il produit chez l'homme et les animaux sains. Puis on rapporterait

parallèlement, sur la page vis-à-vis, les symptômes, lésions, affections, maladies qu'il a guéris chez l'homme et les animaux malades. — Car la pathogénésie et la thérapeutique comparées nous éclairent parfois singulièrement sur les propriétés médicamenteuses. — En regard de la *Matière médicale pure*, nous aurions ainsi, je le répète, la *Matière médicale clinique* : tableau synoptique où toutes les actions électives de chaque remède seraient plus profondément gravées que dans sa pathogénésie. Ce seraient là deux ouvrages précieux pour le praticien, qui pourrait dès lors y chercher, y choisir les remèdes appropriés, en se basant, non plus seulement sur l'ensemble des symptômes pathogénétiques, mais encore sur l'ensemble des symptômes cliniques guéris.

Pour constituer la *Matière médicale clinique*, il faut préalablement publier, recueillir tous les cas de guérison caractéristiques. Et déjà on pourrait commencer à l'écrire, ne fût-ce qu'avec les six à sept mille observations cliniques brièvement reproduites dans les cinq gros volumes (in-8° de 800 pages) de Rueckert (1). Après avoir traité de chaque médicament, de chaque état morbide, l'auteur analyse les observations cliniques, les accompagne de remarques pratiques, et précise de son

(1) *Kliniche Erfahrungen in der Homœopathie.* Eine vollstændige sammlung aller, in den deutschen und ins Deutsche uebertragenen homœopatischen Literatur niedergelegten Heilungen und praktischen Bemerkungen vom Jahre 1822 bis 1860.

Expérimentations cliniques homœopathiques. Recueil complet de toutes les observations de guérison et remarques pratiques publiées et traduites dans la littérature homœopathique allemande depuis 1822 jusqu'en 1860 : — Depuis 1822 jusqu'en 1850, par le Dr Rueckert, 4 vol. ; depuis 1850 jusqu'en 1860, par le Dr Oehme, 1 vol. de supplément terminé par la double table analytique dont j'ai parlé. — On pourrait tous les dix ans, par exemple, publier un ou deux volumes supplémentaires, en adoptant, pour la distribution des matières, le même ordre que ces deux auteurs. On aurait toujours ainsi un Recueil clinique complet, utile et facile à consulter.

mieux les indications différentielles des remèdes. Cet ouvrage rendrait donc la chose très-facile aux médecins laborieux qui voudraient nous donner cette *Matière médicale clinique;* car il contient à la fin du cinquième volume, outre une table analytique des maladies traitées, une autre table analytique de tous les médicaments employés, avec indication de la page. Aussi est-il fort à désirer que les cinq ou six cents homœopathes français organisent une souscription pour faire traduire dans notre langue cet immense recueil clinique : il serait, en effet, avec les pathogénésies, un excellent *Guide du praticien.*

Dr GALLAVARDIN,
de Lyon.

ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

LES CLIMATS AUSTRALIENS ET DE LEUR INFLUENCE SUR LA PRÉVENTION ET L'ARRÊT DE LA CONSOMPTION PULMONAIRE

Par S. DOUGAN BIRD, médecin du *Benevolent asylum* de Melbourne, etc. etc.

SUITE (1)

La mortalité des enfants au-dessous de cinq ans est due aussi à la mauvaise entente de l'hygiène alimentaire. «Si un enfant de 2 ans, qui fait ses dents, mange de la viande trois fois par jour comme c'est l'habitude dans les basses classes, on ne peut sérieusement accuser le vent chaud de le faire mourir de la dysentérie ou d'une fièvre gastrique. Le bon marché de la

(1) Voy. *Art médical*, décembre 1864.

viande qui doit être et qui est effectivement sous d'autres rapports un bienfait pour la population peut sans doute être considéré comme une des causes de ces maladies. »

« La dysentérie chez les adultes a presque disparu depuis que les eaux potables sont devenues abondantes et pures. La dyspepsie atonique si commune en Angleterre n'existe pas en Australie. La dyspepsie irritable n'est pas rare, soit comme affection distincte, soit comme complication d'autres maladies, et les affections inflammatoires des organes abdominaux se rencontrent plus souvent. Parmi les affections du foie et des reins qui règnent dans ce pays, la dégénérescence graisseuse est commune ; mais l'*induration chronique* causée par les excès de spiritueux est rare. Les effets de l'alcool, dit l'auteur, semblent s'épuiser en produisant des gastrites ou plus rarement des hépatites, le delirum tremens, la folie. Il attribue ces effets, à l'air sec et ozonifère qui accroît l'exhalation pulmonaire et cutanée et qui enlève aussi plus rapidement un élément volatil étranger. Il a constaté aussi qu'il faut en tout temps plus de chloroforme qu'en Angleterre pour produire l'anesthésie même des enfants. L'alcoolisme chronique, joint à l'assimilation plus rapide de la nourriture animale, conduit à la dégénérescence graisseuse des tissus. »

Serait-ce l'antagonisme que le climat et les conditions de la vie coloniale réservent à la tuberculisation ?

« L'accumulation graisseuse autour du cœur et la dégénérescence graisseuse de sa fibre sont communes. Il en est de même de l'anévrysme, de l'insuffisance aortique, de l'insuffisance mitrale, de l'aortite et enfin de l'artérite générale qu'on voit se produire dans ce climat sans cause rhumatismale. L'apoplexie et l'embolisme sont

plus communs qu'en Angleterre. Cependant on trouve aussi le rhumatisme et la diathèse lithique ; la chlorose, l'oxalurie et l'albuminurie sont moins communes qu'en Europe. »

Le cours des maladies est aussi modifié par le climat. « Les affections fébriles ont une marche plus rapide. La résolution ou la suppuration des tissus enflammés se produit plus tôt ; les blessures, les fractures, les ulcères, se guérissent en général plus rapidement ; la gangrène constitutionnelle n'est pas commune et la maladie a en général un type plus dynamique qu'en Europe. Dans les souffrances d'une nature aiguë, le malade change rapidement en bien ou en mal ; la convalescence ou l'épuisement final sont souvent, surtout chez les enfants, l'affaire de quelques heures. De même les enfants grandissent plus vite et prennent plus tôt le caractère de leur sexe. Sur les Européens vieux et débiles le climat agit comme un réparateur puissant. Enfin on a remarqué qu'un séjour en Australie remédie souvent à la stérilité. »

L'auteur conclut que la diathèse tuberculeuse et la scrofule qui sont si communes en Europe et si rares en Australie, sont jusqu'ici remplacées par des maladies d'origine miasmatique ; mais cet ordre de maladies lui paraît être sous la dépendance de l'hygiène publique. Le drainage de Melbourne ferait disparaître, dit-il, les 5/6 des maladies dont les enfants meurent. C'est donc une question de temps et d'argent, et tandis qu'en Angleterre l'hygiène publique n'a pas d'action ou très-peu d'action sur les maladies prédominantes, en Australie elle peut tout.

CHAPITRE III

DES MOYENS D'UTILISER LES PARTICULARITÉS DU CLIMAT DES ANTIPODES POUR PRÉVENIR ET ARRÊTER LES PREMIÈRES PÉRIODES DE LA PHTHISIE CONTRACTÉE EN EUROPE, ET DE LA CONVENANCE DES DIVERSES LOCALITÉS EU ÉGARD AUX DIFFÉRENTES PHASES DE LA COMPLICATION PULMONAIRE DANS SES PÉRIODES LES PLUS AVANCÉES.

L'auteur reprend à nouveau toutes les questions, il insiste sur les caractères du climat et sur les inductions qu'on peut en tirer pour la cure de la phthisie. — Nous serons bref, plus bref que lui dans ces répétitions.

La mortalité pour la phthisie étant de 7 0/0 sur le chiffre total des décès, il pense que les 3/5 de ces phthisies seulement ont été contractées en Australie, et que les 2/5 restants seraient des malades venus d'ailleurs dans un état déjà avancé.

La phthisie serait plus que toute autre maladie modifiée dans sa marche, ses causes et même ses symptômes par le climat et les habitudes sociales. 9 fois sur 10 c'est le résultat d'épuisement nerveux, d'excès de spiritueux, on la trouve quelquefois accompagnée d'un état friable du foie. Le travail excessif, la surexcitation prise sur les champs d'or, les privations, les bouleversements de fortune, les excès tout contraires qui ont succédé à l'exposition prolongée au grand air et à la vie du désert : telles sont les causes dont quelques-unes sont en effet toutes spéciales. 13 fois sur 40, les sujets avaient une prédisposition héréditaire. La lésion n'est pas aussi constante aux sommets des poumons qu'en Europe, elle se dépose dans toute l'étendue de l'organe, et la marche est plus rapide, l'hémoptysie est plus fréquente. L'artérite valvulaire est beaucoup plus

commune qu'en Angleterre. Dans le livre du Dr Cotton, on signale une proportion de 3 cas sur 1,000, et le Dr Dougan a trouvé 3 cas sur 40 en Australie. Il prétend que cette lésion n'a rien de commun avec l'endocardite rhumatismale; ce serait une dégénérescence de tissu analogue à l'*athérome;* on la remarque dans les gros vaisseaux, à l'aorte surtout, elle diminue leur élasticité normale, ses progrès sont lents et insidieux. Elle n'attaque pas seulement les personnes d'un âge moyen, elle n'est pas associée d'habitude à la diathèse goutteuse. Cette condition pathologique très-intéressante à étudier et qui mériterait en effet des recherches toutes spéciales, serait-elle, comme j'en ai posé tout à l'heure la question (page 13), un produit des circonstances hygiéniques spéciales de ce pays?

« Les statistiques de la colonie indiquent une réduction remarquable de la mortalité sur toutes les formes de scrofule ou de tubercule, quoique l'âge et le sexe de la population prédisposent davantage à la consomption pulmonaire; mais une autre forme de maladie constitutionnelle, l'athérome ou dégénérescence graisseuse est très-commune; or, on n'ignore pas que cette maladie peut être et est souvent le résultat d'un excès plutôt que d'un manque de matériaux assimilables dans le sang, conditions inverses de celles qui produisent le tubercule.

« Cette condition peut être aussi associée au tubercule, quand les causes qui produisent celui-ci attaquent soudainement une personne dont le foie et les artères sont dans l'état dont il s'agit, complication de maladie dont je n'ai pas entendu parler en Europe (1). En

(1) « Il n'y a pas longtemps, j'examinais un homme qui avait un anévrysme de l'aorte que l'on ne pouvait méconnaître, outre les sons caractéristiques du tubercule en diverses parties du poumon. Sur le registre

somme, la dégénérescence particulière du tissu à laquelle le foie, le cœur et la tunique moyenne des artères semblent exposés est, autant que j'en puis juger, plus commune dans ces colonies, comme maladie distincte, qu'en toute autre partie du monde. »

Il y a beaucoup de répétitions dans l'ouvrage du Dr Dougan-Bird; ces répétitions sont agréables — à la lecture; mais elles fournissent peu d'éléments à l'analyse.

Il dessine d'une manière remarquable le type de la phthisie héréditaire et celui qui appartient à la phthisie acquise. — Il indique les chances de guérir qui attendent les malades suivant leurs diversités de tempéraments.

La province de la Victoria lui paraît offrir à peu près toutes les conditions météorologiques que réclament les formes et les variétés de la maladie, tandis que sur la côte méridionale les brises de mer produisent des variations subites de température qu'il faut éviter pour les gens nerveux ou sanguins. On trouve au nord de la chaîne de montagnes qui séparent la Yarra de la

du médecin attaché au *Benevolent asylum*, M. Cooper, se trouve le cas suivant : E. N....., 46 ans, homme d'habitudes intempérantes, a vécu dans la colonie depuis 1841. Admis le 24 octobre 1861. Est paralysé du côté droit avec beaucoup d'atrophie musculaire. A une respiration caverneuse et de la pectoriloquie sous la clavicule gauche. Battements du cœur accrus, mais aucun bruit perceptible. La paralysie existe depuis deux ans, mais la santé générale était encore bonne. Il y a un an, il fut pris de dyspnée, d'hémoptysie et de toux qui ont toujours été en augmentant. Mort le 18 juin 1862, après une hémoptysie surabondante.

« Après la mort, dure-mère adhérente et très-épaissie; substance du cerveau très-congestionnée, surtout du côté gauche; aucun fluide dans les ventricules; poumon gauche très-infiltré de tubercules, avec une grande cavité au sommet; poumon droit presque détruit; un large anévrysme à la crosse de l'aorte. » (Voir l'Appendice.)

Murray, de bonnes expositions. Les vents du nord-est qui soufflent en juin, juillet et août sont les plus mauvais pour les phthisiques. Ils sont humides, ils apportent des nuages et de la pluie, ils manquent d'ozone. Ils ont passé sur les Alpes australiennes alors couvertes de neige; ces vents sont froids relativement, car en Angleterre 5 à 6° sont encore les conditions de température d'un bon temps d'hiver. — Le malade peut les éviter, en s'installant au nord de cette chaîne de montagnes.

Il compare entre eux les climats voisins de la Nouvelle-Zélande et de la Tasmanie plus humides et plus relâchants. Celui de la Nouvelle-Galles du Sud est plus chaud et plus sec; cette province étant plus rapprochée de l'équateur se trouve à l'abri des vents de l'ouest et du sud-ouest.

L'auteur met en œuvre son talent d'écrivain et sa conviction de médecin et de malade guéri, pour convier ses compatriotes à abandonner, au moins pour un temps, le sol étroit de la Grande-Bretagne. La race s'y appauvrit évidemment, malgré sa fécondité. 80,000 individus dans la fleur de l'âge y meurent de phthisie toutes les années.

Madère, l'Italie, les côtes de la Méditerranée, sont des séjours médiocres et qui ne sauraient rendre des services sérieux, le malade ne saurait s'y guérir; il n'a pas rompu avec l'Angleterre, il y a laissé sa famille et ses affaires qui le préoccupent, il subit les influences fâcheuses de civilisations qui ne sont pas les siennes. Tandis qu'en Australie, « arrivé au terme du voyage, il trouve un air stimulant et tout ce qu'il voit est joyeux, vivant et fait à l'instar de la mère-patrie. Il est dans une jeune contrée, pleine de vie, de vigueur et d'acti-

vité, avec un avenir doré. Il n'y a pas là un passé triste, beau ou indifférent dont on retrouve l'impression mélancolique : le présent et l'avenir sont tout. Personne n'est inactif, chacun s'occupe de ses affaires ou de ses plaisirs et partout apparaît l'esprit d'énergie et d'industrie, qui a fait la vieille Angleterre ce qu'elle est, esprit renouvelé, rafraîchi et rajeuni par une transplantation sur un sol vierge et fécond. »

La vie des squatters australiens est décrite avec charme : « Il conviendra à beaucoup d'Anglais de se livrer à un travail constant en plein air; la vie à cheval est un excellent moyen de guérir la phthisie, en galopant après des troupeaux sauvages et chassant à l'outarde ou au kanguroo à travers les clairières verdoyantes de forêts de gommiers qui ressemblent à des parcs. »

CHAPITRE IV

VIE COLONIALE.

L'auteur entre dans beaucoup de détails à ce sujet; bornons-nous aux passages où il décrit les voyages maritimes depuis Plymouth par le cap; il conseille cette traversée de préférence au passage par l'Isthme de Suez. Il fait ressortir les bons effets du voyage sur la santé des malades, l'hémoptysie cesse bientôt et un peu de mal de mer ne nuit pas, et le navire n'a pas encore atteint l'équateur que la toux a presque disparu, ainsi que les sueurs et les palpitations. Cette amélioration n'est qu'un prélude à côté de celle que le malade attend, au terme du voyage, à la faveur des sensations et des sentiments de surprise et d'admiration qui vont s'emparer de tout son être à la fois.

Le voyageur se fait peu à l'idée qu'il est séparé de

sa patrie par toute l'épaisseur du globe. Il a traversé ce golfe, qu'on appelle le port Philipp, où la mer est calme. Le navire est à l'ancre et l'on entend le bruit des cloches et le roulement des trains de chemins de fer qui convergent de toutes parts vers la métropole australienne, il voit les quais et les rues illuminées par le gaz, il jouit de ce spectacle en attendant le débarquement du lendemain.

« Il est impossible qu'un Anglais voie Melbourne pour la première fois sans un sentiment d'orgueil pour l'énergie et l'esprit d'entreprise de ses compatriotes ; c'est presque un rêve ou un conte de fée que cette grande cité avec ses rues encombrées, ses banques, ses boutiques, ses théâtres et ses églises. C'est l'œuvre d'un jour en comparaison de l'âge des cités européennes. Melbourne n'était il y a douze ans qu'une ville secondaire de la Nouvelle-Galles du Sud, il y a trente ans l'emplacement de ses rues les plus bruyantes était une forêt vierge dont les sauvages indigènes troublaient à peine la solitude. »

Ajouterons-nous ce dernier trait qui peint l'Anglais? « A peine débarqué, lit-on dans un journal de voyage cité par le Dr Dougan, le voyageur sentit une étonnante aptitude digestive, et il quitta le café de Paris, qui est un restaurant australien, en se réjouissant du dîner qu'il ferait le soir. Le thermomètre suspendu à la porte marquait pourtant 32°, et telles sont les conditions surprenantes de cette vie nouvelle que l'émigrant n'en avait presque rien ressenti. »

APPENDICE

TABLES DE LA MORTALITÉ DANS MELBOURNE ET SES FAUBOURGS D'APRÈS LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS PAR LE BUREAU DE LA STATISTIQUE GÉNÉRALE.

1er TRIMESTRE 1861.

	Température moyenne du mois.	Écart thermométrique moyen de la journée.
Janvier.	19°	11°
Février.	18	10
Mars.	18	11
Trimestre entier.	19	

Causes des décès.	Au-dessous de 5 ans.	Au-dessus de 5 ans.	Totaux.	Proportion pour 100.
1° Maladies zymotiques.	414	111	525	44,98
2° Maladies sporadiques dont le siége est incertain.	126	38	164	14,03
3° Maladies du système nerveux. . .	112	39	151	12,91
4° — — respiratoire.	44	98	142	12,14
5° — — circulatoire.	2	8	10	0,85
6° — des organes digestifs. .	77	33	110	9,40
7° — — urinaires. .	1	3	4	,34
8° — — de la générat.	»	12	12	1,02
9° — — de la locomot.	2	5	7	0,59
10° Vieillesse	»	10	10	0,85
11° Par causes accidentelles.	6	21	27	2,30
Non spécifiées	4	3	7	0,59
	788	381	1169	100,00

1° *Maladies zymotiques.* Rougeole, 24; scarlatine, 196; coqueluche, 21; diphthérie, 28; croup, 12; *thrush*, 7; diarrhée, 128; dysentérie, 71; choléra, 6; grippe, 1; typhus, 26; érysipèle, 4; syphilis, 1.

2° *Maladies dont le siége est incertain.* Hémorrhagie, 5; hydropisie, 5; abcès, 10; cancer, 17; atrophie, 53; débilités, 67; mauvaise conformation, 6; scrofule, 1.

3° *Maladies du système nerveux.* Encéphalite, 19; hydrocéphale, 23; apoplexie, 8; paralysie, 5; convulsions, 60; tétanos, 2; folie, 2; délirium tremens, 3; Maladies de cerveau, 27; insolation, 2.

4° *Maladies du système respiratoire.* Laryngite, 9; esquinancie, 5; bronchite, 15; pleurésie, 3; pneumonie, 35; phthisie, 75.

5° *Maladies du système circulatoire.* Péricardite, 2; maladie du cœur, 7; anévrysme, 1.

6° *Maladies des organes digestifs.* Dentition, 44; gastrite, 9; entérite, 9; péritonite, 2; cirrhose 1; tabes mésentérique, 28; ascite, 5; rupture intestinale, 1; maladies de l'estomac, 3; hépatite, 9; jaunisse, 4; vers intestinaux, 2; colique, 1; maladie du foie, 2.

7° *Maladies des organes urinaires.* Cystite, 2; rétrécissement de l'urèthre, 1; maladie granuleuse des reins, 1.

8° *Maladies des organes génitaux.* Enfantement, 6; maladies de la matrice, 2; abcès de l'ovaire, 2; hydropisie de l'ovaire, 1.

9° *Maladies des organes de locomotion.* Maladie des articulations, 6; rhumatisme, 1.

10° *Vieillesse.* Quatre hommes de 60, 64, 75 et 83 ans; six femmes de 52, 57, 60, 70 et 87 ans.

11° *Causes accidentelles.* Noyés, 7; brûlés, 3; blessure aux entrailles, 1; tué d'un coup de pierre à la tête, 1; accidents non spécifiés, 8; chute de cheval, 1; écrasé par une voiture, 1; suicide (gorge coupée), 1; fracture du crâne, 2; asphyxie, 2 enfants.

2e TRIMESTRE 1861.

	Température moyenne du mois	Écart thermométrique moyen d'un jour.
Avril	15°	10°
Mai.	11	8
Juin	10	7
Trimestre entier.	12	

Causes des décès.	Au-dessous de 5 ans.	Au-dessus de 5 ans.	Totaux.	Proportion p. 100.
Non spécifiés.	»	3	3	0,31
1° Maladies zymotiques.	241	109	350	36,05
2° Maladies sporadiques dont le siége est incertain.	97	31	128	13,18
3° Maladies du système nerveux. . .	88	53	141	14,52
4° — — respiratoire.	49	128	177	18,23
5° — — circulatoire.	1	29	30	3,09
6° — des organes digestifs. .	35	32	67	6,90
7° — — urinaires .	1	4	5	0,51
8° — — génitaux. .	»	19	19	1,96
9° — — locomoteurs.	»	5	5	0,51
10° — du système tégumentaire.	2	2	4	0,41
11° Vieillesse.	»	3	3	0,31
12° Causes accidentelles.	11	28	39	4,02
	525	446	971	100,00

1° *Maladies zymotiques.* Rougeole, 10; scarlatine, 170; coqueluche, 25; diphthérie, 20; croup, 18; diarrhée, 41; dysentérie, 29:

choléra, 1; grippe, 1; fièvre rémittente, 1; typhus, 28; érysipèle, 4; syphilis, 1; morve, 1.

2° *Maladies dont le siége est incertain.* Hémorrhagie, 5; hydropisie, 9; inflammation, 2; abcès, 3; gangrène, 4; scrofule, 1; cancer, 5; tumeur, 1; atrophie, 26; débilités, 69; mauvaise conformation, 3.

3° *Maladies du système nerveux.* Encéphalite, 29; hydrocéphale, 14; apoplexie, 15; paralysie, 10; convulsions, 49, tétanos, 2; choléra, 1; folie, 1; épilepsie, 3; délirium tremens, 3; maladie du cerveau, 13; de la moelle, 1.

4° *Maladies du système respiratoire.* Laryngite, 3; bronchite, 22; esquinancie, 3; pleurésie, 4; pneumonie, 39; hydrothorax, 3; asthme, 2; phthisie, 97; maladies des poumons non spécifiées, 4.

5° *Maladies du système circulatoire.* Anévrysme, 7; péricardite, 3; maladies de cœur, 20.

6° *Maladies des organes digestifs.* Dentition, 12; gastrite, 5; entérite, 9; tabes mésentérique, 8; péritonite, 5; ascite, 3; vers intestinaux, 1; iléus, 3, hépatite, 10; intussusception intestinale, 1; ictère, 1; maladies de foie, 9.

7° *Maladies des organes urinaires.* Néphrite, 2; diabète, 1; rétrécissement de l'urèthre, 1; maladies des reins, 1.

8° *Maladies des organes génitaux.* Aménorrhée, 1; accouchements, 10; maladies de la matrice, 8.

9° *Maladies des organes locomoteurs.* Névrose, 1; rhumatisme, 2; maladie des articulations, 2.

10° *Maladies du système tégumentaire.* Phlegmon, 1; ulcère, 3.

11° *Vieillesse.* Deux hommes de 62-63 ans; une femme de 82 ans.

12° *Causes accidentelles.* Noyés, 5; brûlures, 5; fractures et contusions, 9; écrasés par les roues de voiture, 5; assassinats (non spécifiés), 2; pendu par jugement, 1; pendu par suicide, 1; empoisonnement par suicide, 1; empoisonnement (non spécifié), 1; empoisonnement par le plomb, 1; asphyxie, 3; épuisement, 1; accidents (non spécifiés), 4; suicide (non spécifié), 1.

3e TRIMESTRE 1861.

	Température moyenne du mois.	Écart moyen de la journée.
Juillet.	8°	7°
Août	9	9
Septembre	14	11
Trimestre entier.	11	

Causes des décès.	Au-dessous de 5 ans.	Au-dessus de 5 ans.	Totaux.	Proportion p. 100.
1° Maladies zymotiques.	145	86	231	30,00
2° Maladies sporadiques dont le siége est incertain.	65	38	103	13,38
3° Maladies du système nerveux. . .	54	55	109	14,16
4° — — respiratoire.	51	119	170	22,08
5° — — circulatoire.	2	27	29	3,76
6° — des organes digestifs. .	21	24	45	5,84
7° — — urinaires. .	»	9	9	1,17
8° — — génitaux. .	»	9	9	1,17
9° — — locomoteurs.	»	2	2	0,26
10° — du système tégumentaire.	»	2	2	0,26
11° Vieillesse	»	6	6	0,78
12° Causes accidentelles.	17	33	50	6,49
Non spécifiées	2	3	5	0,65
	357	413	770	100,00

1° *Maladies zymotiques*. Rougeole, 6; scarlatine, 97; coqueluche, 19; diphthérie, 29; croup, 13; *thrush*, 3; diarrhée, 10; dysentérie, 21; choléra, 1; grippe, 4; fièvre rémittente, 1; typhus, 19; érysipèle, 6; syphilis, 2.

2° *Maladies dont le siége est incertain*. Inflammation, 1; hémorrhagie, 5; hydropisie, 15; abcès, 3; gangrène, 3; purpura, 2; scrofule, 2; cancer, 7; goutte, 1; atrophie, 10; débilités, 49; mauvaise conformation, 5.

3° *Maladies du système nerveux*. Encéphalite, 27; hydrocéphale, 7; apoplexie, 14; paralysie, 10; convulsions, 28; tétanos, 1; chorée, 2; épilepsie, 3; folie, 1; délirium tremens, 2; maladies du cerveau, 14.

4° *Maladies du système respiratoire*. Laryngite, 4; esquinancie, 3; bronchite, 35; pleurésie, 1; pneumonie, 39; phthisie, 81; asthme, 2; maladies des poumons, indéterminées, 5.

5° *Maladies du système circulatoire*. Péricardite, 5; anévrysme, 3; maladies de cœur, 21.

6° *Maladies des organes digestifs*. Dentition, 12; entérite, 1; péritonite, 2; tabes mésentérique, 3; hydatide du foie, 3; hernie, 1; ascite, 3; intussusception, 1; ulcération, 2; dyspepsie, 1; hépatite, 7; jaunisse, 2; maladies de foie, 6; cirrhose, 1.

7° *Maladies des organes urinaires*. Néphrite, 3; cystite, 1; rétrécissement de l'urèthre, 1; maladie des reins, 1.

8° *Maladies des organes génitaux*. Hystérie, 1; accouchements, 6; maladies de la matrice, 2.

9° *Maladies de la locomotion*. Rhumatisme, 2.

10° *Maladies du système tégumentaire*. Charbon, 1; maladie de la peau, 1.

11° *Vieillesse*. Trois hommes de 83, 87 et 89 ans; trois femmes de 76, 85 et 86 ans.

12° *Causes accidentelles*. Pendus par jugement, 3; noyés, 12; brûlures, 9; fractures et contusions, 7; abstinence de nourriture par folie, 1; suicide (gorge coupée), 1; coup de feu, 1; asphyxie, 7, enfants étouffés par leur mère; étouffé en avalant une pomme de terre; 1 fou; asphyxie (non spécifiée), 1; écrasé par une voiture, 1; empoisonnement, 2; décès non spécifiés, 9.

4e TRIMESTRE 1861.

	Température moyenne du mois.	Écart thermométrique moyen d'un jour.
Octobre......	14°	10°
Novembre....	16	11
Décembre....	17	11
Trimestre entier.	16	

Causes des décès.	Au-dessous de 5 ans.	Au-dessus de 5 ans.	Totaux.	Proportion p. 100.
1° Maladies zymotiques........	109	44	153	20,73
2° Maladies sporadiques dont le siége est incertain............	99	23	122	16,53
3° Maladies du système nerveux...	77	45	122	16,53
4° — — respiratoire.	47	111	158	21,41
5° — — circulatoire.	1	30	31	4,20
6° — des organes digestifs..	46	29	75	10,16
7° — — urinaires.	2	8	10	1,35
8° — — génitaux..	»	4	4	0,54
9° — — locomoteurs.	1	3	4	0,54
10° — du système tégumentaire.	1	2	3	0,41
11° Vieillesse..............	»	12	12	1,63
12° Causes accidentelles........	10	31	41	5,56
Non spécifiées..........	2	1	3	0,41
	395	343	738	100,00

1° *Maladies zymotiques*. Scarlatine, 15; coqueluche, 17; croup, 4; *thrush*, 3; diarrhée, 49; dysentérie, 32; grippe, 3; typhus, 9; érysipèle, 5; diphthérie, 9; choléra, 1 enfant; fièvre rémittente, 2; scorbut, 1; syphilis, 1; rougeole, 2.

2° *Siége incertain*. Hydropisie, 7; abcès, 4; cancer, 8; tumeur, 3;

atrophie, 23; débilités, 71; hémorrhagies, 3; scrofule, 2; conformation vicieuse, 1.

3° *Maladies du système nerveux.* Encéphalite, 13; hydrocéphale, 15; apoplexie, 17; paralysie, 4; convulsions, 47; folie, 3; maladie du cerveau, 16; maladie de l'épine dorsale, 2; delirium tremens, 2; insolation, 1; épilepsie, 2.

4° *Maladies du système respiratoire.* Bronchite, 32; pleurésie, 4; pneumonie, 35; phthisie, 75; hydrothorax, 2; esquinancie, 2; asthme, 2; maladies indéterminées des poumons, 6.

5° *Maladies du système circulatoire.* Maladie du cœur, 24; anévrysme, 6; varices des veines, 1.

6° *Maladies des organes digestifs.* Dentition, 13; gastrite, 8; entérite, 5; tabes mésentérique, 12; ascite, 2; ulcération, 3; colique, 5; hydatide du foie, 1; hépatite, 13; jaunisse, 7; rupture intestinale, 2; péritonite, 3; maladies du foie, 1.

7° *Maladies des organes urinaires.* Maladies des reins, 6; rétrécissement de l'urèthre, 1; néphrite, 1; diabète, 1; cystite, 1.

8° *Maladies des organes génitaux.* Maladie de la matrice, 3; accouchement, 1.

9° *Maladies des organes de la locomotion.* Rhumatisme, 3; arthrite, 1.

10° *Maladies des organes tégumentaires.* Ulcère, 2; psoriasis, 1.

11° *Vieillesse.* 8 hommes de 51 à 77 ans; 4 femmes de 50 à 73 ans.

12° *Causes accidentelles.* Pendus et asphixiés, 5; noyés, 19; brûlures, 3; fractures et contusion, 7; empoisonnement, 1; morsure de serpent, 1; accidents non spécifiés, 5.

On remarquera que les maladies des reins, hydropisie rénale, provenant soit d'une néphrite chronique, soit du poison spécifique de la fièvre scarlatine, est bien moins fréquent qu'en Europe, et que les décès par vieillesse sont aussi moins nombreux; au lieu que les accidents et les affections des systèmes nerveux et circulatoire sont bien plus fréquents. Les décès enregistrés comme provenant d'atrophie ou débilités se produisent surtout chez les enfants par suite de négligence, d'une nourriture mal choisie, et manque de lait; ces affections n'ont pas d'habitude un caractère scrofuleux ou tuberculeux.

Les décès enregistrés comme provenant du typhus proviennent probablement tous de fièvres continues non contagieuses, avec des symptômes typhoïdes, comme on en rencontre en Angleterre, dans la vallée de la Tamise, par exemple à Richmond.

Le vrai typhus pétéchial ou fièvre typhoïde entérique contagieuse apparaît rarement, si même on la voit jamais dans la colonie.

Les cas suivants sont des exemples des complications de la phthisie en Australie. Ils sont extraits du registre médical du *Benevolent Asylum*. Tous ces malades avaient une affection tuberculeuse des poumons très-étendue.

Notes sur la condition du cœur et des autres organes dans 16 *cas de phthisie, à la suite desquels l'autopsie a été faite pendant les années* 1862 *et* 1863.

1° Homme, 66 ans. Cœur très-élargi; aorte et ses valvules converties en une masse osseuse; dépôt osseux jusqu'à une grande distance le long de l'aorte; foie très-volumineux.

2° Femme, 32 ans. Foie et cœur plus gros que nature.

3° Homme, 59 ans. Maladie chronique du foie et de la rate.

4° Homme, 26 ans. Foie et cœur grossis.

5° Homme, 24 ans. Valvules de l'aorte très-épaissies; foie très-gros.

6° Homme, 43 ans. Cœur volumineux.

7° Homme, 60 ans. Cœur très-gros; maladie chronique du foie et des reins.

8° Homme, 20 ans. Foie et reins volumineux.

9° Homme, 56 ans. Cœur grossi; valvules de l'aorte épaissies; rate et reins volumineux; foie gras.

10° Homme, 60 ans. Valvules de l'aorte très-épaissies par un dépôt osseux; foie volumineux; cancer du pylore.

11° Homme, 63 ans. Dépôts osseux dans l'aorte; foie grossi.

12° Homme, 58 ans. Dépôts osseux dans l'aorte; foie grossi.

13° Homme, 25 ans. Foie très-gros, contenant deux gros kystes hydatiques; abcès dans le rein droit.

14° Homme, 39 ans. Foie gras.

15° Homme, 56 ans. Foie volumineux.

16° Homme, 53 ans. Valvules de l'aorte épaissies; dépôts osseux; foie gras.

On remarquera que tous ces cas, à une exception près, se sont produits chez des hommes, et que neuf d'entre eux avaient plus de 50 ans; on remarquera encore que tous, sauf un seul, avaient une maladie du foie, que onze avaient une complication quelconque du cœur, et que sept sont notés spécialement comme atteints d'une maladie de l'aorte.

Le *Benevolent Asylum* est une institution destinée au soulagement des gens âgés, infirmes et invalides sans ressources. Une grande partie de ses pensionnaires habitent la colonie depuis longtemps. L'exa-

men après la mort fait voir que quelle que soit la cause de la mort, si le malade a plus de 40 ans, il est très-probable qu'il a une affection chronique du foie et une dégénérescence artérielle d'une forme quelconque.

En janvier 1862, il y avait 252 hommes et 60 femmes dans cet établissement.

D^r G.

REVUE DES SCIENCES

APPLIQUÉES A LA MÉDECINE

ANATOMIE. — *Système nerveux du caméléon*, Par Sir J. EMERSON TENNENK.

Tandis que la faculté que possède cet animal de prendre toutes les couleurs de l'arc-en-ciel a de tout temps attiré l'étonnement des observateurs, on n'a pas donné une attention suffisante à la sympathie et à la synergie imparfaites qui existent entre les deux hémisphères cérébraux et les deux systèmes des nerfs qui pénètrent les côtés opposés du corps de cet animal.

Ainsi, non-seulement chaque œil a une action indépendante de l'autre, mais un côté du corps semble être quelquefois endormi pendant que l'autre est vigilant et actif. L'un prendra une teinte verte, tandis que l'opposé est rouge; et l'on dit que le caméléon est entièrement incapable de nager, par suite de l'impossibilité où sont les muscles d'agir de concert.

(*Med. Times and Gazette*, 1863.)

ÉTIOLOGIE. — *Origine de la rage*.

D'après M. *Moerrenhaut*, à qui nous laissons toute la responsabilité de cette opinion, l'animal générateur du

virus rabique est le *putois*, *putorius* de Cuvier, désigné dans divers pays sous différents noms, tels que : *mustella*, *mephitis*, *viverra* et *sorilla*.

A deux fois différentes, en 1815 et 1819, il a vu des chiens mordus par des *putois* devenir enragés; l'un de ces chiens lui appartenait, et peu s'en fallut que lui-même ne fût mordu. De là le vif intérêt qu'il a pris à cette question, et l'idée lui vint que c'était chez cet animal seul que la rage se développait spontanément. Après un long séjour au milieu des curieuses contrées qu'il a habitées pendant près de trente ans, il a vu deux enfants mourir de la morsure du putois. Il n'a jamais vu de cas de rage dans les pays où le putois n'existe pas : la Polynésie, la Terre de Van Diémen et l'Australie; tandis que dans la basse Californie, dans la Sonora, où la zorille abonde, on dit en parlant d'un chien enragé : « Il sent la zorille. » Le seul spécifique connu est la feuille du *confitorea*, plante de la Sonora, dont on fait avaler le suc et panser la plaie avec la feuille.

CHIRURGIE. — *Suture des nerfs. Retour de la sensibilité et du mouvement* (1).

M. le D[r] Laugier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a communiqué une observation extrêmement remarquable de suture du nerf médian avec rétablissement de la sensibilité et de la motilité. Par suite d'une blessure grave, le nerf médian avait été coupé chez un malade admis dans son service, et il en était résulté pour le pouce et deux doigts de la main la perte absolue de la sensibilité et du mouvement. M. Laugier avait eu beaucoup de peine à retrouver les bouts du nerf coupé ; il parvint cependant à les saisir, le 13 juin dernier, et à les réunir de nouveau par un nouveau mode de suture qui mettait les deux bouts en parfait contact. Presque aussitôt on constatait un certain retour d'une sensibilité encore obtuse ; cette sensibilité, très-nettement progressive, alla chaque jour en augmentant; et l'on vit reparaître tour à tour les sensations de

(1) Grange, Société de l'Est.

chaleur et de douleur. Dès le lendemain aussi de l'opération, le mouvement d'opposition du pouce, si important dans l'action de la main, était redevenu possible, et le malade a marché rapidement vers une guérison complète, sans autre accident qu'un peu de fièvre, là où, d'après des idées reçues, on aurait pu s'attendre à des convulsions et au tétanos.

M. Velpeau, de son côté, félicite d'autant M. Laugier de son succès que le retour de la sensibilité, après la suture et la cicatrisation ou régénération du nerf, semblait nié formellement par les expériences de MM. Vulpian et Philippeaux, et venait tout récemment encore d'être repoussé comme absolument impossible.

M. A. Courty. — *Régénération de la muqueuse utérine. — Applications de cette propriété de tissu à la pathogénie et à la thérapeutique des maladies de la matrice.*

L'étude approfondie de la structure de la muqueuse utérine et de la caduque, non-seulement a confirmé l'identité de ces deux membranes, mais a permis d'expliquer la facilité de reproduction que présente la muqueuse utérine après chaque formation de caduque. Le tissu de cette membrane est effectivement constitué en partie par des éléments en instance de développement, et présente le singulier spectacle d'un organe qui, bien qu'ayant atteint le terme de son évolution, renferme constamment des éléments embryonnaires, des globules fibro-plastiques et un blastème toujours prêt à s'organiser. Cette structure explique non-seulement les modifications menstruelles de l'organe et la formation des caduques, faits reconnus aujourd'hui par tous les anatomistes, mais encore les tendances pathogéniques de cette membrane et sa tolérance pour certains moyens thérapeutiques, dont l'action destructive pour d'autres tissus se réduit à être modificative et curative pour la muqueuse utérine.

Au point de vue pathogénique, la facilité de la muqueuse utérine à se régénérer et son activité de développement expliquent ses tendances hypertrophiques si remarquables, la formation des polypes, des végétations, des granulations, etc.; la réparation facile et complète des destructions partielles produites par l'ulcération, l'incision, l'excision, la cautérisation.

Au point de vue thérapeutique, les propriétés de ce tissu expliquent l'innocuité et, dans certains cas, du raclage des fongosités de la cavité utérine, de l'introduction d'un crayon de nitrate d'argent dans les

cavités du corps et du col, des cautérisations au fer rouge non-seulement au dehors, mais au dedans du col, même pendant la grossesse, etc. etc.

GÉNÉRATIONS SPONTANÉES. — *Microphites et microzoaires.*

Rien n'est plus à l'ordre du jour que ces questions, et les travaux se pressent si nombreux, les expériences si multipliées, qu'on a peine à suivre l'élan de tant de travailleurs.

Cependant la question de la génération spontanée paraissait de plus en plus compliquée, lorsque MM. Coste et Balbiani lui ont porté ces temps derniers le coup le plus rude qu'elle ait encore reçu ; ils ont en effet démontré que les corpuscules nombreux des infusions que M. Pouchet regardait comme un stroma ou membrane proligère sans organisation préalable, comme une matière génératrice, étaient autant de kystes, où s'enfermaient les kolpodes arrivés à un certain degré de développement ; kystes résistants, qui supportaient sans crainte le désséchement et les hautes températures ; il ajoutait que les infusoires ciliés, de petite taille, tels que les kolpodes, les chilodons, et leurs œufs, traversaient les filtres, même multiples. M. *Gerbe* a complété cette démonstration victorieuse par la découverte de l'accouplement ou enkystement de copulation des kolpodes dans un but de fécondation, phénomène qui, joint à la scissiparité, explique d'une manière plus complète la multiplication indéfinie des microzoaires.

Du terrain de la physiologie pure, où elle semblait d'abord arrêtée, la question des microzoaires passe en ce moment dans la pathologie. M. *Davaine*, le savant auteur du traité d'helminthologie, a publié un travail dans lequel il attribue le développement contagieux de la maladie appelée sang de rate chez l'animal, et la pustule

maligne chez l'homme, à l'inoculation, soit par les aliments,soit par l'assimilation,de bactéries ou vibrions,qui, se reproduisant dans le sang, envahiraient bientôt tous les organes circulatoires. Le sang de rate,même conservé un an, conserve la propriété de communiquer la maladie et de faire naître des bactéries dans le sang où il a été inoculé. Une seule goutte de sang de rate suffit pour inoculer la maladie et faire naître des quantités énormes de bactéries. D'une autre part, M. *Werthiem* a présenté à l'Académie des sciences de Vienne un travail curieux sur les productions artificielles du *psoriasis*, par l'inoculation du *Penicilium glaucum*. En examinant les vaisseaux capillaires de la peau, dans les zones malades, il les a vus oblitérés par ce champignon ou microphyte, et en inoculant le penicilium aux animaux, il n'a pas tardé à voir se développer sur les parties de la peau les plus riches en vaisseaux des plaques circulaires et écailleuses de sporiasis.

Mais deux autres physiologistes, MM. *Leplat* et *Jaillard*, ont combattu ces étiologies nouvelles.

Suivant eux, les *vibrioniens* provenant d'un milieu quelconque ne produisent aucun accident chez les animaux dans le sang desquels on les a inoculés, à moins qu'il ne soient accompagnés de liquides virulents, qui, eux seuls, sont responsables des effets fâcheux qui peuvent survenir. M. *Davaine* a répliqué qu'il ne pouvait y avoir similitude entre les faits rapportés par ces messieurs et ceux qui lui sont propres.

MM. *Gaillard* et *Leplat*, dit-il, ont inoculé des infusoires pris dans des liqueurs putréfiées. M. Davaine a inoculé des infusoires pris dans du sang qui n'avait subi aucune altération putride puisqu'on l'a recueilli sur des animaux charbonneux encore vivants; et bien loin que la putréfaction soit donnée pour la cause de la mort, la

putréfaction empêche et anéantit la reproduction des infusoires dans le sang charbonneux. Malgré tout, la question est encore pendante.

MM. *Gaillard* et *Leplat* n'acceptent point non plus l'étiologie nouvelle du *psoriasis* donné par M. *Wertheim*. D'après leurs expériences, les spores du *Penicilium glaucum* introduites dans le sang disparaissent rapidement du torrent circulatoire, ils ne sauraient produire d'embolies capillaires, attendu que leur diamètre est à peine le tiers de celui des globules sanguins.

Enfin ces mêmes expérimentateurs ont en vain inoculé les spores de l'oïdium Turkerii, ils n'ont pu conclure, comme M. *Collin*, ni à la virulence, ni à leur action toxique, ni à leur transmission aux animaux.

Mais voici qu'un autre savant entre dans la lice; M. le professeur *Tigri* dit avoir trouvé aussi des *bactéries* dans le sang des typhoïdes; et cependant quelle distance entre la fièvre typhoïde et la pustule maligne!

Aussi entre toutes ces opinions le doute est bien permis. Et si les bactéries se trouvent réellement dans des maladies si différentes, c'est qu'elles ne jouent point envers elles le rôle de causes productrices mais simplement d'une complication secondaire, permettant à des êtres microscopiques de vivre aux dépens d'un sang trop affaibli et sur un être malade.

En effet, c'est un spectacle aussi commun qu'intéressant que ce combat des vies entre elles.

Un être vivant et fort réagit victorieusement contre toutes les causes d'affaiblissement et de destruction ; mais, qu'il vienne à faiblir, d'autres vies s'attachent à la sienne et vivent à ses dépens. Les mousses, les lichens, les champignons, les mucors, se greffent sur les troncs affaiblis, sur les tiges languissantes. Les *Balanes*, les larves de *Bryozoaires* viennent s'attacher aux flancs

du corail alcyonaire, et l'alcyonaire à son tour les enveloppe et les étouffe sous son manteau de pierre.

Les champignons de la *mentagre* et de la *teigne* attaquent les hommes et les enfants délicats, il en est de même des *vers intestinaux ;* de même aussi, les œufs microscopiques et les kystes des *kolpodes*, les uns plus petits, les autres égalant à peine le volume des corpuscules du sang, doivent presque nécessairement être absorbés bien souvent par chacun de nous, mais ils ne trouvent pas sans doute dans les conditions d'alcalinité du sang ou dans l'énergie de son impulsion, les conditions favorables à leur vie, à leur multiplication.

Mais, qu'un jour la vie faiblisse; que sous l'influence de certaines maladies, la circulation capillaire se ralentisse ou s'altère, que les liquides ou les mucus changent de réaction, alcaline ou acide, et aussitôt vous voyez paraître le champignon du muguet dans la bouche ou la sarcine dans l'estomac, ou les bactéries dans le sang, suivant les circonstances de temps, de lieux, de nourriture, ou de personne. C'est un résultat, ce n'est point la cause de la maladie première, et lors même que leur accumulation indéfinie entraîne la mort, vous ne pouvez reconnaître en eux qu'une cause seconde. Tel est la lutte pour la vie : *struggle for life* (Darwin).

HYGIÈNE. — *Purification de l'air des grandes villes.*

M. Robinet décrit un moyen nouveau et très-ingénieux de diminuer l'insalubrité des grandes villes.

Ce moyen consisterait dans un appel énergique exercé sur le réseau des égouts d'une ville par les foyers des établissements et usines grands consommateurs de houille. L'air méphitique des égouts, extrait par cet appel, se purifierait en traversant les foyers, et n'irait plus altérer l'atmosphère comme cela a lieu actuellement.

Il résulte de quelques chiffres présentés par l'auteur, que la consom-

mation de Paris en houille et coke étant de 700 millions de kilogrammes au moins par an, en supposant que la combustion de la dixième partie seulement de cette quantité puisse être utilisée pour l'appel proposé, il serait introduit par jour, dans les égouts, 4 millions de mètres cubes d'air pur, ou près de sept fois le volume d'air confiné dans ses canaux.

Cette ventilation est plus que suffisante. Au moyen de quelques dispositions spéciales, le tirage opéré dans les égouts pourrait, de ceux-ci, s'étendre aux latrines et aux fosses d'aisances, de façon à faire disparaître aussi l'infection provenant de ces indispensables dépendances des habitations.

Au besoin, un système particulier de tuyaux, parallèles à ceux destinés à l'eau et qui circulent déjà dans les égouts, pourrait servir à la ventilation, tout au moins, d'une partie des fosses et latrines. Dans cette hypothèse, l'air provenant de la ventilation des fosses ne se mêlerait plus à l'atmosphère des égouts, qui n'en serait pas moins renouvelée par une partie du tirage ou appel exercé par les foyers.

Enfin il n'est pas impossible de prévoir l'utilisation de cet appel pour la ventilation gratuite des hôpitaux et de certains établissements *insalubres*.

LA YERBA MATÉ *ou* THÉ DU PÉROU, *d'après les récents travaux du* Dr SCHNEPP.

Dans tous les pays de l'Amérique méridionale situés au sud de l'équateur, jusqu'en Patagonie, est répandu l'usage d'un thé qui, par son abondance, par ses qualités et par ses propriétés, jouit, chez les Indiens, les populations aborigènes, ainsi que chez les descendants des races espagnoles et portugaises, d'une faveur non moins considérable que, chez les peuples de l'Europe, le café et le thé de Chine. Les Indiens *Guaranis* appellent ce thé *Caa*, expression qui signifie feuille, herbe, et que les Espagnols ont traduite par *yerba*, nom sous lequel cette substance est encore connue dans toute la *Plata*, au *Chili* et au *Brésil*.

Cette herbe, qui vient spontanément dans les forêts vierges situées sous le tropique du Capricorne, entre l'*Uruguay* et le *Parana*, entre ces puissants cours d'eau et le *Rio-Paraguay*, est une conquête des Indiens guaranis; ils en faisaient usage tantôt comme légume cuit à l'eau, tantôt comme boisson, sous forme de thé, à l'époque des invasions espagnoles et portugaises, dans le cours du XVIe siècle.

Trois régions tropicales de l'Amérique du Sud produisent spontanément l'arbre à yerba : le *Paraguay*, la province brésilienne de *Saint-*

Paul et les forêts des *Missions*. Le *Paraguay* a toujours fourni la variété la plus recherchée. La yerba du Brésil, dite de *Paranagua* (port d'exportation); appartient à la même espèce végétale que le thé du Paraguay, suivant *Aug. Saint-Hilaire ;* et *Rengger*, voyageur suisse qui a également parcouru ces pays, confirme cette opinion; il croit que ce qui distingue les thés de ces deux provenances tient simplement à leur mode de préparation. Le thé du Brésil diffère peu, par sa saveur, de celui des Missions, qui est la qualité la plus inférieure. Ainsi, quelle que soit son origine, la yerba provient d'une espèce végétale unique; elle est fournie par un arbre de la famille des *Houx* ou des *ilicinées* décrit sous le nom d'*Ilex paraguariensis* par *Aug. Saint-Hilaire*, *Bonpland* et *de Candolle*. *Rengger*, de son côté, y a reconnu la même plante que celle appelée *Culen* au Brésil, ou *Psoralea glandulosa* par *Molina*, et qui a été décrite déjà sous ce nom par *Linné*. *D'Azara* dit que l'arbre qui produit la yerba est sauvage; qu'il croît au milieu des autres dans les bois bordant toutes les rivières qui se jettent dans le Parana et dans l'Uruguay, ainsi que dans le Rio-Paraguay, à partir du 24°, en tirant vers le Nord.

Il en a vu de la grosseur d'un oranger; dans les exploitations, ces arbres ne forment que des buissons, parce qu'on les émonde tous les trois ans.

Caractères botaniques. — L'arbre qui fournit la yerba, et qui appartient au genre *ilex*, *houx*, se présente le plus ordinairement sous l'aspect d'une touffe de rameaux qui auraient poussé verticalement comme des branches de laurier autour d'un tronc principal droit, lequel atteint souvent la grosseur du bras, et parvient à une hauteur de 3 ou 4 mètres. Son écorce est lisse et d'un vert plus clair que celle de l'oranger. Cet arbre tient à une racine principale d'où partent des radicules rameuses; ses branches droites, presque verticales et dirigées vers le ciel, supportent des feuilles alternes, elliptiques et de couleur verte, qui les font confondre tout d'abord avec des feuilles d'oranger.

Cependant la feuille de cet ilex a une forme un peu plus arrondie; elle présente une largeur plus grande dans sa partie moyenne; sa longueur varie de 10 à 12 centimètres; elle est légèrement dentée sur toute sa circonférence, où ses dernières anastomoses de nervures n'arrivent pas tout à fait; elle est épaisse, d'un vert luisant plus foncé sur la face supérieure que sur l'inférieure; son pétiole est court et rougeâtre. Les feuilles ne tombent pas pendant l'hiver; elles croissent et se développent pendant deux années; il leur faut trois ans pour arriver à une bonne maturité; aussi, la récolte ne se fait-elle que de trois ans en trois ans dans une même exploitation.

L'époque de la floraison tombe dans les mois de novembre, décembre et de janvier; c'est, pour l'hémisphère sud, la saison printanière.

Les fleurs sont bien petites et se présentent sous l'aspect de petits bouquets blancs, en forme de grappes axillaires, ayant chacune au moins une vingtaine de fleurs.

Chaque fleur est composée d'un calice gamosépale à quatre divisions, d'une corolle d'un blanc mat à quatre pétales, également soudées à leur base; de quatre étamines égales et placées devant la soudure des pétales. Il n'a pas été possible de bien préciser leur insertion autour de l'ovaire, qui est surmonté d'un pistil simple à stigmate large et persistant; l'ovaire présente quatre loges. Le fruit est une petite baie d'un rouge-violet foncé, qui devient brunâtre et noire par l'action du feu, et n'atteint jamais une grosseur plus grande que celle d'un petit pois; elle a une enveloppe mince, formée par une pellicule luisante; son périsperme mucilagineux entoure quatre graines presque tétraédriques dont la face externe appartient à un segment de sphère.

L'arbre à yerba se reproduit spontanément par sa graine. Les jésuites, qui ont tiré un si bon parti de leurs exploitations, cultivaient cet arbre à thé avec les plus grands soins, d'abord dans leurs réductions, puis sur plusieurs points du Parana. *Bonpland* (1) nous apprend qu'il en a trouvé encore quelques pieds, en 1717, dans l'île de *Martin Garcia*, au confluent de l'Uruguay et du Parana. C'est bien à tort que *d'Azara* a limité au 24° degré de latitude sud, la zone des yerbales, car ceux que M. Schnepp vient de parcourir, au sud-est de *Caâguazû* s'étendent jusqu'au 26°, et les yerbales d'Hitimi sont encore plus au sud. Il est certain que l'arbre à yerba existe encore aujourd'hui dans toutes les forêts vierges, situées entre le 27° et le 23° degré de latitude sud, sur une longitude comprenant depuis les rives du Parana jusque sur les derniers contreforts du versant occidental de la grande Cordillière du Paraguay. Mais il est peu probable que cet ilex puisse se conserver dans une latitude plus froide, puisqu'il a déjà disparu dans les établissements des jésuites, depuis que ceux-ci ont été abandonnés.

Fabrication du thé du Paraguay. — Les travaux, dans l'exploitation des yerbales, sont suspendus en octobre, novembre, décembre, saison pendant laquelle l'arbre à yerba fleurit; ils ne commencent qu'en janvier ou en février, mais la meilleure herbe est récoltée en automne, dans le mois d'avril, de mai et de juin. On n'emploie guère, dans une

(1) *La Provincia de Corrientes*, par Vicente Quesada, 1857.

de ces exploitations, qu'une vingtaine d'ouvriers, armés de lances, de couteaux et de mauvais fusils.

Ces hommes, à peu près nus, ne portant qu'un caleçon soutenu à la taille par une corde dans laquelle ils passent leurs excellents couteaux, s'éloignent, dès l'aube du jour, du centre de l'exploitation et se dispersent en tous sens dans la forêt. Ils vont à la recherche de l'arbre à yerba; on les entend, par intervalles, pousser des cris, afin de chasser les bêtes fauves et de ne pas trop s'éloigner les uns des autres, dans le cas où ils pourraient être surpris par des Indiens. Quand un récolteur découvre un arbre à yerba, il ne se préoccupe pas de savoir quel est son âge ou le degré de maturité de ses feuilles, il l'émonde complétement, ne laissant à peu près que le tronc; aussi ce traitement fait-il ordinairement périr les plantes les plus faibles. Ce procédé inintelligent, privé de tout contrôle, de toute surveillance, tend naturellement à faire disparaître de plus en plus cette précieuse plante.

A mesure que le yerbatero dépouille un arbre, il sèche a yerba, sur place même, en la faisant passer sur la flamme d'un feu peu ardent qui ternit l'éclat de la feuille et enlève à celle-ci un certain degré d'humidité. Après cette opération, il entasse la récolte partielle de chaque arbre jusqu'à la fin de la journée; puis, quand il a ramassé une suffisante charge de yerba, il cherche, dans les mêmes parages, un myrte arborescent, connu sous le nom guarani de *Guavira-mi*. Cet arbuste a également la grosseur d'un oranger, ses feuilles sont elliptiques, comme celles de l'ilex paraguariensis, mais un peu plus grandes, d'un vert moins éclatant et d'une épaisseur moindre; leur insertion est alterne et presque à angle droit; ses branches ne sont plus verticales comme celles de l'ilex. Mâchée entre les dents, la feuille du guavira-mi donne d'abord une saveur très-aromatique et agréable, qui rappelle à la fois celles du jasmin, de la fleur d'oranger et de l'encens, puis elle laisse dans la bouche une amertume franche et fait sentir à la langue un picotement très-prononcé.

Le yerbatero enlève au guavira-mi les plus jeunes branches qu'il sèche sur place, comme il a fait pour la yerba; puis il les mêle avec celle-ci dans la proportion d'un vingtième. Par ce mélange on cherche à donner plus d'arome au thé du Paraguay. On sait que l'aromatisation des diverses sortes de thés chinois est également liée à un certain mélange des feuilles du thé avec celles de l'*olea fragrans*, du *camellia sesanqua* et autres, à parfum délicat.

A la fin de la journée, chaque récolteur de yerba ramasse les produits de sa récolte dans une espèce de filet en lanière de cuir, appelé *Raïdic* et

les porte au centre de l'exploitation. L'herbe séchée peut rester en tas un jour ou deux sans crainte de fermentation. La livraison de chaque ouvrier collecteur est pesée, car le salaire de chacun est en rapport avec la quantité d'herbe fournie. On la soumet ensuite à la torréfaction définitive. A cet effet, on l'étend sur une espèce de *gloriette* à claire-voie, qu'on appelle un *barbaquoi*, et qui peut supporter jusqu'à 150 arrobes (1600 kilogr.) de yerba fraîche. On fait ensuite un feu bien nourri au centre de cette gloriette, largement ouverte d'avant en arrière; deux ouvriers très-habiles sont spécialement chargés de surveiller la dessiccation de la yerba; ils accélèrent ou modèrent le feu; ils retournent les branches à mesure que celles-ci se sèchent, sous l'action de la fumée de la flamme du bûcher de bois vert; la torréfaction n'est complète qu'en 12 ou 15 heures. Alors le feu est retiré; la sole du barbaquoi, qui est en terre glaise, battue et bien unie, est balayée avec soin; elle a été séchée par le feu et elle est encore brûlante; la yerba y est étendue et des ouvriers armés d'espèces de grands sabres plats en bois, appelés *Apareadores*, la battent, la brisent jusqu'à ce que branches et feuilles soient réduites en une véritable poussière. Une fois refroidie, cette poussière est recueillie et portée dans un magasin voisin où on l'entasse, la couvre de peaux sèches et la charge de poids. Ainsi entassée, la yerba acquiert plus d'arome en passant par un certain degré de fermentation.

Après deux ou plusieurs mois, suivant les besoins du commerce, cette poussière grossière, mêlée de petits fragments de branches d'un vert plus ou moins foncé et qui, à cet état, constitue la yerba maté ou le thé du Paraguay, est tassée à l'aide d'un instrument, dit *atacador*, dans des sacs en cuir appelés *surons* ou *tercios*, qui en contiennent de 8 à 10 arrobes (de 100 à 126 kilogr.), et elle est livrée aux entrepôts de l'État. — Ainsi préparé, ce thé peut rester des années entières sans s'altérer, sans perdre de son arome.

Autrefois, surtout dans les exploitations des jésuites, on faisait deux variétés de ce thé : l'une ne contenait que les feuilles triées avec soin et finement pulvérisées, c'était le *Caa-mini* ou *Caâ-miri*, herbe fine, variété supérieure et la plus chère. L'autre renfermait, outre les feuilles, les branches brisées; elle ressemblait à la yerba grossière; on l'appelait à cause de cela *Caa-guazû*, herbe grossière, expression que les Espagnols ont traduite par *yerba de palos*. Ces distinctions ne sont plus observées aujourd'hui; la bonne qualité et la réputation de la yerba dépendent de l'époque de l'année à laquelle la feuille a été récoltée et de la localité d'où elle provient; toutefois les soins apportés à sa préparation, à sa

torréfaction, influent considérablement sur la délicatesse du parfum de ce thé.

Usage de la yerba-maté. — La yerba se prend dans les *tolderias* de l'Indien de la même manière que dans les palais présidentiels de l'Assomption, de Buénos-Ayres on de Montévideo; partout on se sert d'une petite calebasse qui est une courge creusée, séchée et diversement ornée, appelée *maté*. Par extension, on emploie ce mot même à la place de yerba. Ainsi, l'on dit : prendre un maté, pour une infusion de yerba; un bon maté, pour une bonne infusion de ce thé, etc. La personne qui est chargée de vous préparer et de vous présenter le maté, et c'est ordinairement une négresse ou la fille même de la maison, commence par placer dans cette courge un tube un peu plus gros qu'un tuyau de plume, renflé à sa partie inférieure en forme de boule, percée de trous assez fins pour que la poudre de yerba n'y puisse passer. Le tube, qui a de 20 à 25 centimètres de longueur, est en paille chez les pauvres Indiens, en argent on en or chez les nouveaux indigènes, dans les familles espagnoles ou portugaises; on l'appelle *bombilla*. Cette bombille étant ainsi placée dans le maté, on remplit celui-ci aux deux tiers avec de la poudre de yerba; on y ajoute du sucre également en poudre; puis on y verse de l'eau bouillante, tant que la courge peut en contenir, et on le sert. On aspire par la bombille le liquide, qui est chargé des principes aromatiques et solubles de la yerba. Quand on a épuisé l'eau du maté, ce qui se fait en quelques gorgées, on le rend à la domestique qui se tient devant vous les bras croisés sur la poitrine; celle-ci remplit le maté d'eau bouillante et le présente à votre voisin. Quand il l'a épuisé, on y remet de l'eau une troisième fois, puis une quatrième, et on renouvelle ainsi l'eau bouillante tant qu'elle se charge de principes aromatiques, en ayant soin d'y ajouter chaque fois seulement un peu de sucre. Ainsi, une seule charge de yerba suffit pour six ou huit infusions successives. Chaque personne prend ordinairement trois ou quatre matés de suite, et cela se répète au moins trois fois par jour : le matin au lever, après la sieste et dans la soirée, sans compter les nombreux matés qu'on prend dans la journée en faisant des visites. L'homme des champs, le *gaucho*, ne se met jamais en route sans avoir un petit sac de yerba et un petit pot en fer ou en terre cuite pour chauffer de l'eau. Son premier soin, dans une halte, après avoir lâché son cheval dans le pâturage, c'est de préparer son *maté*.

Les gourmets, dans les villes, prennent le maté, soit avec du lait, soit avec du caramel, soit avec un peu de jus de citron, etc., absolument comme nous en usons avec le thé chinois,

Composition élémentaire du thé du Paraguay. Les seules recherches sérieuses, offrant des garanties scientifiques et entreprises en vue de la composition élémentaire de la yerba, ont été faites par M. *Parodi*, pharmacien chimiste à l'Assomption, qui a accompagné M. Schnepp dans les yerbales pour voir de près la fabrication de ce thé. Ses analyses lui ont fait découvrir dans la yerba une substance azotée, cristallisable et semblable à la *théine* et à la *caféine*. Ce pharmacien a voulu pousser ses investigations plus loin, et il est parvenu à déceler, parmi les éléments constitutifs de la yerba :

De la théine;
De l'acide caféique;
Du café-tannate de théine;
Une huile essentielle;
De la résine, de la cire et de la chlorophylle;
De la gomme;
De l'albumine végétale;
De la cellulose et des sels.

Ces mêmes éléments se retrouvent et dans le café et dans le thé; les proportions en sont même déterminées aujourd'hui rigoureusement par la chimie. C'est toutefois la méthode suivie par le pharmacien de l'Assomption, qu'il faudrait connaître dans tous ses détails; les analyses des substances organiques sont trop délicates pour que les procédés n'aient pas une très-grande importance. Il est assez étonnant de voir que *Mulder* a obtenu du thé, par son procédé d'analyse, une quantité tellement faible de théine, qu'on ne saurait, d'après M. *Liebig*, lui attribuer aucune part dans la nutrition, tandis que M. *Steinhouse* en a retiré des quantités deux fois plus grandes, 1 et même 1,27 pour 100 parties de thé; M. *Péligot*, perfectionnant la méthode, en a obtenu trois fois plus de théine, et il certain, dit-il, que ce n'est pas encore là toute la théine contenue dans le thé.

Action physiologique de la yerba. — L'infusion pure et fraîche de la yerba est d'un jaune pâle, verdâtre, qui devient verte et même vert foncé et noir par le repos prolongé; elle dégage une odeur légère qui rappelle celle de la mauve, du tilleul et du myrte; sa saveur est faiblement aromatique et amère, qui laisse dans la bouche un certain goût de fraîcheur agréable et franche. Cette infusion, surtout celle faite avec la feuille entière, à la manière du thé chinois, conserve parfois un goût de fumée qu'on corrige sensiblement en y faisant dissoudre un peu de caramel.

Cette boisson, prise toujours très-chaude, apaise la soif et calme la

faim; presque aussitôt après qu'on a humé deux ou trois matés on se sent plus dispos, comme restauré, comme ranimé, sans éprouver de surexcitation, sans ressentir même cette chaleur à la peau que produit l'ingestion d'une infusion de thé chinois; les fonctions de l'économie semblent activées, et cependant la circulation n'est nullement modifiée; on se trouve plus vigoureux, sans avoir passé par un travail de digestion; les organes ont repris une énergie nouvelle, qui se soutient pendant des heures entières. Tous ceux qui connaissent le *gaucho*, ce nomade semi-Espagnol et semi-Indien, savent qu'il court, pendant des journées entières, à travers les plaines désertes et les pampas, sans autre aliment que son maté, qu'il prépare partout, au milieu des bois, dans le rancho solitaire de l'Indien ou sur les bords d'un ruisseau, pendant que son coursier pâture à ses côtés.

Il n'est pas étonnant que l'usage du maté soit devenu si général dans l'Amérique du Sud, quand on constate l'identité, à peu près, de l'action physiologique de cette boisson et de celle du café et du thé chinois. Cette action parait due à un principe azoté identique, la *théine*, qui se retrouve dans ces trois espèces végétales, et qui a la plus grande analogie de composition chimique avec une substance organique azotée qui fait la base même de la fibre musculaire des animaux, la *créatine*. M. *Péligot* (1) par ses recherches si sérieuses sur la composition chimique du thé, étant amené à penser que cette boisson est nourrissante à cause de la proportion et de la nature des substances qui la composent. Après lui, M. *Liebig* (2) déclare que c'est probablement à la présence de la *théine* dans le thé, le café et le maté, que ces boissons doivent leur action stimulante et tonique qui les place au rang de nos aliments, à côté même de nos bouillons de bœuf.

Si l'usage modéré de la yerba produit une action physiologique précieuse, plus tonique que stimulante, il est facile de comprendre que l'ingestion souvent renouvelée de cette infusion éloigne l'appétit, dérange les fonctions de l'estomac et donne à l'appareil digestif une certaine atonie, qu'on constate chez tous les grands buveurs de maté dans la Plata, mais plus particulièrement chez les femmes, qui font un si grand abus de cette boisson. Les buveurs de maté mangent fort peu, ont un faible embonpoint ou plutôt ils sont maigres, mais ils conservent néanmoins une énergie assez extraordinaire. Des dyspepsies de tout genre sont la conséquence la plus ordinaire de l'abus du thé paraguayen.

(1) Voir la *Monographie du thé*, par Houssaye, p. 106, Paris.
(2) *Chemische Biefe* V. J. Liebig, 1859; vol. II, p. 180.

Toutefois, ces affections disparaissent dès qu'on fait cesser l'abus; « *ablata causa, tollitur effectus.* »

Conclusion. — Il ressort de ces observations, que la yerba-maté, prise comme boisson alimentaire, par toutes les populations aborigènes, néo-indigènes, ou étrangères, de n'importe qu'elle origine, de l'Amérique méridionale, produit sur l'économie vivante une action physiologique, qui la rapproche du thé chinois et du café, avec cette particularité, toutefois, que son influence stimulante et tonique est moins fugace et plus réparatrice. Mais le thé du Paraguay présente, en outre, des avantages bien précieux qu'on ne retrouve plus dans l'infusion de ces deux congénères, c'est qu'il n'excite pas le système nerveux et il ne trouble pas le sommeil. Ces qualités précieuses le feront rechercher par une foule de personnes que leur excitabilité prive de l'usage du café et du thé chinois, elle convient au voyageur qui parcourt des pays peu habités, des déserts, ou qui ne peut transporter avec lui des aliments plus réparateurs ; elle rendrait de grands services à une armée en campagne qui, dans une simple halte, pourrait retrouver, à l'aide de cette boisson, ses forces et sa vigueur au moment même d'entrer en lutte. Ce thé serait plus particulièrement utile à nos colons algériens, obligés de vivre souvent loin de chez eux pendant des journées entières, et de supporter la faim et la soif dans des régions inoccupées ou inhospitalières. Aussi le D[r] Schnepp espère que les graines de ce houx, qu'il a apportées du Paraguay, germeront dans nos terres d'Algérie et qu'elles reproduiront l'arbre à yerba qui s'acclimatera aisément dans nos possessions africaines.

Les usages de la yerba en médecine semblent bien nettement indiqués dans tous les états de maladie, de convalescence ou d'hygiène, où il s'agit de soutenir sans exciter, sans nourrir réellement, sans fatiguer même les organes, dans tous les cas où il est important de tromper la faim.

Après tous les détails que nous venons de rapporter il est évident que la *yerba maté*, tout comme le *coca* du Mexique, est destinée à une acclimatation prochaine en Europe ; mais ces études de plantes étrangères ne doivent point nous faire oublier que plusieurs plantes de nos pays possèdent des propriétés fort analogues, nous n'en citerons qu'un exemple, la *Piloselle ; Hieraceum pilosella*, dont les fleurs préparées en infusion, et bues

par tasses, comme la *yerba maté*, ont la précieuse propriété de *faire cesser instantanément la fatigue d'une longue marche, ou de l'exercice forcé des bras;* il faut pour ces fleurs comme pour les autres une certaine préparation, elles doivent être cueillies par un *beau temps*, au moment de leur *épanouissement*, *le matin*, avant dix heures, puis *desséchées de suite* à l'*ombre*. Mais la piloselle a le grand défaut de ne pas venir d'outre-mer, et vérifie le proverbe : *Nul n'est prophète dans son pays.*

THÉRAPEUTIQUE. — *Ingolée ou scorpion noir; son emploi contre le ver de Guinée;* par A. ABBOTT, missionnaire à Rahoore (Inde).

« J'ai fait usage du scorpion noir, préparé homœopathiquement, contre le ver de Guinée, avec un parfait succès; j'ai traité plus de 30 cas, et autant que je puis me rappeler, quand le remède a été employé en concordance avec les indications, il a toujours prouvé son efficacité. Je le donnais à l'intérieur deux fois par jour et j'appliquais extérieurement un bandage imbibé de la même solution. La cure était obtenue dans 5 ou 12 jours, dans quelques cas la cure a été obtenue en 3 jours. Quand le malade ne prend aucune médication, il est ordinairement au lit pour un mois ou six semaines. Les médecins allopathes n'ont aucun remède pour le combattre et les naturels ont un proverbe : *Un ver de Guinée et un millier de remèdes*, ce qui veut dire qu'un ver de Guinée défie un millier de remèdes. Le scorpion noir diffère du scorpion commun; les effets de la piqûre durent plus longtemps. On le trouve en abondance ici, et je puis en fournir le monde entier. » (Lettre écrite le 27 mars 1862) (1).

CH. OZANAM.

— La fin au prochain numéro. —

(1) *The American Review*, vol. III, n° 3, p. 139. New-York, 1862, septembre.

VARIÉTÉS

COLLÉGE DE FRANCE. — COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE, PAR M. DAREMBERG.

Il y a eu, pendant longtemps, une chaire de médecine au Collége de France. De vrais médecins, qui étaient aussi des savants, y enseignaient. Corvisart (1), Hallé, Laënnec, Récamier, furent les représentants de cet enseignement, à la fois traditionnel et progressif, rival de celui de la Faculté et libre de toute dépendance vis-à-vis d'elle. Magendie, leur successeur, rompit le premier la tradition; plus physiologiste que médecin, plus expérimentateur que physiologiste, il transforma l'enseignement et intronisa les vivisections dans sa chaire; la médecine, proprement dite, fut bannie du Collége de France. Son successeur et son élève, M. Claude Bernard, a dépassé son maître sur le terrain de la physiologie expérimentale. Quels que soient le mérite de l'éminent professeur, l'importance de ses découvertes, il n'a certes pas la prétention de représenter ni d'enseigner la médecine. C'est dans cet état de choses qu'une nouvelle chaire vient d'être créée au Collége de France. M Daremberg, médecin érudit, conservateur de la Bibliothèque Mazarine, traducteur d'Oribase et de Galien, a été chargé d'un cours d'histoire de la médecine. Ainsi donc l'histoire de la médecine et la physiologie ont chacune une chaire au Collége de France; mais la médecine, proprement dite, n'y est plus enseignée ni représentée; voilà ce qui n'est malheureusement que trop certain. Le mot de *médecine expérimentale*, nouvellement inscrit sur l'affiche du cours de M. Cl. Bernard, ne saurait faire illusion, car on n'y fait ni pathologie, ni séméiotique, ni thérapeutique, ni étiologie expérimentales; quant aux altérations locales, produites par la lésion artificielle de certains nerfs, dont on a fait grand bruit, comme s'il s'agissait de maladies produites à volonté, ce ne sont précisément pas des maladies; il ne s'agit là, tout au plus, que de recherches d'anatomie pathologique expérimentale, pouvant donner quelque lumière sur le mécanisme et la production de

(1) Nous ne parlons pas ici de Bosquillon qui, bien que chargé d'un autre cours, celui de langue et de philosophie grecques, commentait Hippocrate autant en médecin qu'en érudit. Voyez, du reste plus loin, ce que nous en disons.

certaines lésions; mais de la médecine elle-même, c'est-à-dire de l'étude des maladies, de leurs symptômes, de leurs signes, de leurs produits morbides, de leur traitement, il n'en est plus question au Collége de France. Si c'est là ce qu'on appelle un progrès, soit; mais à nos yeux c'est une déchéance. Faites de la physiologie et enseignez l'histoire de la médecine, rien de mieux; mais supprimer cette dernière, sacrifier le principal à l'accessoire, c'est le monde renversé.

Cela dit, revenons à M. Daremberg. L'ouverture de son cours a eu lieu le 13 décembre. La leçon a été acceuillie, dit-on, *avec la plus vive sympathie de la part des auditeurs, parmi lesquels on comptait plusieurs de nos illustrations médicales*. Prenons cette phrase pour ce qu'elle vaut et soyons, vis-à-vis de M. Daremberg, plus justes que ne le sont les amis d'un auteur dramatique le jour d'une première représentation.

Le nouveau professeur a débuté par le lieu commun à la mode. Il a cru qu'il était de bon goût de jeter la pierre *aux vieilles doctrines, aux anciennes écoles, à l'ancien collége de France,...* où *l'enseignement de la médecine n'était lui-même que de l'histoire;* où *l'on observait les maladies présentes avec les yeux des Grecs ou des Arabes;* où *l'on pliait la nature à l'autorité d'Hippocrate, de Galien, et d'Avicenne mal compris, mal expliqués,...* où *les professeurs n'étaient pas des médecins* (M. Daremberg croit-il donc qu'il n'en est plus ainsi au Collége de France?), *mais des commentateurs;* où *l'on faisait de la clinique les yeux bandés et les Aphorismes d'Hippocrate dans la mémoire....*

Après cet exorde dans le goût du jour, le professeur a fait naturellement l'éloge de la Révolution, qui *semblait n'avoir accumulé que des ruines*, mais qui *avait semé, au milieu de ces ruines, des germes féconds;* en *rompant violemment avec le passé et en ravivant, au fond de tous les cœurs, le sentiment peut-être exagéré du mérite personnel et de l'indépendance d'opinion; elle a, du même coup, ouvert de nouvelles voies aux sciences naturelles comme aux sciences sociales.*

« Hier encore, s'est écrié le professeur, aucune des branches de l'érudition médicale n'était représentée » (ce qui est flatteur pour l'École et pour le Collége de France, car il parlait des deux...), « ni la médecine ni l'histoire n'étaient assez *avancées* pour se prêter de mutuelles lumières.... » Mais, depuis M. Littré et consorts, les choses ont bien changé; l'histoire et la médecine ont fait d'immenses progrès : c'est là la thèse favorite de M. Daremberg.

Ce dénigrement systématique du passé est souverainement injuste et

pour la médecine et pour ceux qui l'ont représentée au Collége de France. Ni Corvisart, ni Laënnec, ni Récamier, ni Hallé lui-même, ne faisaient de la *clinique les yeux bandés ;* s'ils s'honoraient, le dernier, en commentant Hippocrate, le premier, Boerhaave et Stoll, s'ils avaient *dans la mémoire les Aphorismes* du Père de la médecine, ce souvenir ne pouvait leur être nuisible, et ce n'était pas avec *les yeux des Grecs et des Arabes* qu'ils observaient les malades. Quant à dire que les *professeurs n'étaient pas des médecins*, ce reproche est mal adressé aux hommes célèbres que nous venons de nommer, et personne moins peut-être que M. Daremberg n'avait le droit de le formuler. Le moins médecin des quatre est peut-être Hallé, et cependant hygiéniste distingué, professeur à l'École de santé, auteur de travaux estimés, d'une instruction médicale très-étendue, médecin de l'Empereur, puis des princes de la maison de Bourbon, il fut un des plus éminents praticiens de son temps. Quant à Bosquillon, qui aurait pu trouver grâce devant le nouveau professeur, puisqu'il n'était chargé ni d'un cours de médecine ni d'un cours d'histoire, M. Daremberg le gratifie de cette phrase moqueuse : « Il expliquait et commentait Hippocrate avec une connaissance plus étendue du grec que de la médecine. » Or, c'est là un reproche immérité. Bosquillon, savant helléniste il est vrai, et chargé d'enseigner le grec et la philosophie au Collége de France, était de plus médecin de l'Hôtel-Dieu, traducteur de l'excellent traité de médecine pratique de Cullen (1785), des *Aphorismes* et *Pronostics* d'Hippocrate (1784), du traité des ulcères de B. Bell (1788-1804), du cours de chirurgie (1796), du traité de la gonorrhé virulente et de la maladie vénérienne du même auteur (1802), et l'auteur d'un mémoire sur l'hydrophobie, ses causes et les moyens de l'anéantir (1802). De plus, Bosquillon, médecin et bienfaiteur des pauvres, possédait la plus riche bibliothèque qu'ait jamais possédée médecin. 30,000 volumes dans toutes les langues sur l'art de guérir, et parmi lesquels se trouvaient plusieurs manuscrits précieux du XIVe siècle, avaient été rassemblés par lui. Est-ce assez pour le venger des dédains de M. Daremberg?

Malheureusement pour ce dernier, l'histoire le force à se donner à lui-même de cruels démentis. La suite de son discours est en contradiction avec son exorde. Cette médecine ancienne, si défectueuse, si arriérée quand il la compare à la médecine moderne, à la science contemporaine, il se met tout à coup, sans transition, à en faire le plus pompeux éloge.

« La médecine a un passé des plus glorieux ; le génie de la Grèce et et le génie de Rome ont été mis à son service par les meilleurs écrivains ou les auteurs les plus savants: Hippocrate, Hérophile, Celse, Rufus, Soranus, Galien; — puis, lorsqu'on croit que les sciences et les lettres se

sont perdues dans la nuit de la barbarie, l'histoire, mieux informée, nous montre la médecine scientifique toujours debout, et produisant sinon des chefs-d'œuvre, au moins des ouvrages considérables où la tradition se perpétue et se développe dans des écrits originaux, dans des compilations ou dans des traductions qui sont comme les derniers reflets de la grande antiquité. »

Mais l'éloge de la médecine traditionnelle ne se soutient pas. M. Daremberg est trop de son siècle pour ne pas donner la supériorité à la chimie, à la physique mises en parallèle avec la médecine. Il compare la fixité des phénomènes physiques et chimiques à la prétendue mobilité des faits médicaux; seulement il ne s'aperçoit pas qu'il tombe dans une nouvelle contradiction. Les exemples qu'il invoque donnent un démenti formel à sa thèse.

C'est ainsi qu'il est forcé de constater que, grâce aux travaux historiques modernes, on a reconnu l'identité des *fièvres* décrites dans les *Épidémies* d'Hippocrate, non avec les fièvres continues graves, avec la fièvre typhoïde, mais avec les fièvres *pseudo-continues* qu'on observe en Afrique et dans les pays chauds. C'est ainsi que, de son propre aveu, les mêmes recherches ont fait reconnaître dans l'*épidémie de Corinthe*, décrite par Hippocrate, diverses espèces d'angines accompagnées de ces paralysies consécutives qui, depuis quelque temps, ont éveillé l'attention des médecins. — On pourrait, à propos de chaque maladie, prouver, à l'aide de l'histoire, son identité, son immutabilité à travers le temps et l'espace, au moins quant aux caractères essentiels, c'est-à-dire exactement le contraire de cette proposition hasardeuse de M. Daremberg : « *Les phénomènes organiques, physiologiques et morbides, portent trop fortement l'empreinte des lieux, des temps, des races, des circonstances de toute nature, sont trop mobiles*, etc... » Ils sont si mobiles, en effet, que Thucydide, en décrivant la peste d'Athènes, a décrit, sans le savoir, la peste d'Égypte et la peste de n'importe quel pays; qu'Arétée de Cappadoce a fixé, dans un immortel portrait, la physionomie du phthisique mourant, et donné des peintures toujours vraies de beaucoup d'autres états morbides qui n'ont pas changé depuis tant de siècles. Mais continuons à voir M. Daremberg se mettre perpétuellement en opposition avec lui-même. « Entre les mains de M. Malgaigne, dit-il, le traité des fractures et des luxations d'Hippocrate est devenu, pour ainsi dire, un traité nouveau. Si l'on s'était souvenu que Galien a fait de très-belles expériences sur le système nerveux, on n'aurait peut-être pas attendu si longtemps pour remettre en honneur la distinction des nerfs du mouvement et des nerfs du sentiment. Si l'on avait plus soigneusement consulté les archives

de la médecine, on aurait trouvé dans Hippocrate les germes de l'auscultation; — dans Rufus, dans Soranus, dans Héliodore et dans Galien, la torsion des artères; dans Hérophile et dans Rufus, toute une théorie des mouvements du pouls, mouvements qu'on apprécie aujourd'hui à l'aide d'instruments ingénieux; — dans vingt auteurs anciens et du moyen âge, l'emploi d'anesthésiques puissants; — dans Héliodore, le traitement par excision des rétrécissements de l'urèthre; — dans Albucasis, l'opération de la cataracte par succion, opération que M. Laugier a imaginée de nouveau; — dans un écrit Salernitain, la mention de capsules glutineuses destinées à dissimuler le mauvais goût de certains médicaments. — La description de l'érysipèle *typhoïde* (?) gangréneux et épidémique, celle de la phthisie aiguë sous forme endémique, se lisent tout au long dans Hippocrate.... »

Tout cela prouve que la médecine, comme toute science, tourne souvent dans le même cercle, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, mais surtout que la médecine ancienne n'est pas si pauvre et si inférieure vis-à-vis de la médecine moderne qu'on se plaît trop souvent à le répéter. En tout cas, nous n'y voyons pas une preuve que les phénomènes organiques, physiologiques ou morbides... soient si mobiles... que le pense M. Daremberg; nous y voyons précisément le contraire, c'est-à-dire la fixité des faits morbides, la perpétuité des états pathologiques ou des maladies, fondement immuable de la médecine, sur lequel elle repose avec autant de solidité, de précision, d'exactitude que les autres sciences sur leur base.

Tout semble être contradiction dans l'esprit du nouveau professeur du Collége de France; il exalte à tout propos la médecine moderne, et cependant il affiche un singulier mépris pour l'érudition contemporaine, si l'on en juge par le passage suivant :

« Qui lit maintenant Bichat, même Broussais, même l'immortel traité de Laënnec *sur l'auscultation?* Qui se souvient de Haller ou de Frank, de Sydenham ou de Stoll? Qui consulte aujourd'hui les anciens recueils périodiques français ou étrangers? Savons-nous même exactement quels systèmes dominent à Berlin, à Florenee, à Vienne ou à Londres? Connaissons-nous les faits qu'on observe en Russie, en Angleterre, en Hollande, en Amérique, en Italie ou dans les colonies? Sortons-nous de nos hôpitaux et dépassons-nous les *Manuels du médecin praticien?* »

C'est par trop fort en vérité! De qui M. Daremberg entend-il parler, et à qui s'adresse-t-il donc? Il se moque de ses auditeurs qui, après

cette tirade écoutée patiemment, ont entendu sans se récrier la suivante, absolument contradictoire. Le professeur aime l'antithèse. Il flétrit l'ignorance des médecins de nos jours, mais il chante les progrès de la médecine.

« D'abord la médecine a fait aujourd'hui de tels progrès par l'observation directe et par l'expérimentation, qu'elle n'a plus à redouter ni l'éclat ni les leçons de l'histoire; au contraire, plus elle est originale et puissante, plus il lui importe de rendre justice à ce qu'elle a détruit, de profiter de ce qu'elle a laissé debout, et de renouer ainsi les deux extrémités d'une chaîne depuis longtemps rompue. — D'un autre côté, la médecine actuelle est si loin de la médecine ancienne; elle a cherché avec tant d'opiniâtreté et de bonheur à substituer des *lois* à des hypothèses, qu'elle possède les meilleurs moyens de vérification qu'on puisse souhaiter pour juger les systèmes ou les théories, et pour se rendre compte de la vraie signification des faits de toute nature qu'on retrouve en grand nombre dans les annales de la science; en d'autres termes, elle est merveilleusement préparée pour refaire le diagnostic ancien à l'aide du diagnostic moderne. »

M. Daremberg est un savant, nous n'en doutons pas; mais pour faire l'histoire de la médecine, il faut être médecin; il a regretté lui-même que ses prédécesseurs au Collége de France ne fussent que des professeurs et non pas des médecins. M. Daremberg l'est-il? Or, c'est la question qu'il est permis de se poser après la lecture de cette première leçon. Où sont donc les *lois* que la médecine moderne a subtituées aux hypothèses anciennes? De son propre aveu, elle vit de faits, d'observations. Elle n'a pas la prétention de s'élever aux lois, ni aux causes. Elle ne connaît que l'expérience, elle a horreur du raisonnement, de toute synthèse, de tout dogmatisme. Quelles sont donc les fameuses lois que M. Daremberg oppose si fièrement aux hypothèses antiques?

Nous terminerons cette critique par une dernière citation : « Ce sont les textes qui constituent le corps de l'histoire. Comment en effet écrire l'histoire d'une science quand les textes ne sont pas corrects, quand le sens littéral n'en est pas fixé, quand l'interprétation en est laissée à l'arbitraire, quand la fantaisie et non la critique en a déterminé la provenance; et surtout comment l'écrire quand, loin de rechercher les textes inconnus, on ne se soucie même pas des textes déjà publiés? »

Certes l'étude des textes est de la plus haute importance pour l'histoire; mais sous prétexte de serrer de plus près le *sens littéral* on ne

doit pas *altérer* la pensée des auteurs; c'est ici en effet que trop souvent la lettre tue et que l'esprit vivifie. On s'est déjà bien justement plaint de ce que M. Littré a défiguré Hippocrate dans plus d'un passage et qu'il a fait, il faut le dire, de ce grand esprit une sorte de matérialiste à son image. Il sera peut-être bon de revenir quelque jour sur ce point et de montrer comment les savants de cette école traitent la science et la vérité.

Un dernier mot à M. Daremberg sur son mépris des anciens et de la médecine ancienne. Ce dédain ne sied pas à un érudit, et plus que personne, il devrait se souvenir que, comme on l'a dit avec tant de vérité, si nous sommes plus grands à certains égards, et si nous voyons plus loin que nos devanciers, c'est que nous sommes montés sur leurs épaules.

ALPH. MILCENT.

L'abondance des matières a fait ajourner le compte rendu de trois publications importantes des docteurs Chargé, Crétin et Teste. Nous le donnerons bientôt.

— Il en sera de même pour le remarquable traité de la syphilis (*la Syphilis, ses formes, son unité*) que vient de faire paraître chez Baillière le Dr Davasse, traité tout à fait distinct des anciens et des nouveaux articles que *l'Art médical* a publiés. A. M.

—Nous recevons le 2e volume du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié chez J.-B. Baillière et fils; nous en rendrons compte dans un prochain numéro. P. J.

COURS PUBLIC DE MÉDECINE PRATIQUE.

M. le Dr JOUSSET, ancien interne des hôpitaux, commencera ce cours le mardi, 10 janvier, à 5 heures, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, n° 8, et le continuera les samedi et mardi de chaque semaine, à la même heure. Le professeur exposera la thérapeutique *homœopathique*, à propos du traitement de chaque maladie.

Les autres cours qui pourront être faits par d'autres rédacteurs de L'ART MÉDICAL *seront ultérieurement annoncés.*

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE A. PARENT, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

L'ART MÉDICAL

FÉVRIER 1865

SÉMÉIOTIQUE ET NOSOLOGIE

DE L'ALIÉNATION ET DE LA FOLIE. — LEUR DISTINCTION ET LEUR CLASSIFICATION.

Nous voulons établir dans ce travail que l'aliénation est un symptôme commun à plusieurs maladies ; que la folie constitue une espèce morbide, une maladie essentielle, et par conséquent qu'il est aussi absurde de ne pas séparer ces deux états morbides, qu'il le serait de confondre le mouvement fébrile avec la variole ou la fièvre typhoïde. Appliquant ensuite la méthode séméiotique à l'étude de l'aliénation, nous rechercherons avec soin les caractères propres à ce symptôme, et nous le séparerons nettement tant des symptômes qui présentent avec lui quelques points de ressemblance, que des phénomènes purement physiologiques si souvent confondus avec lui ; nous étudierons et nous classerons ensuite ses différentes variétés, les rapportant autant que possible aux maladies dans lesquelles on les observe.

Pour la folie nous ferons un travail analogue; nous établirons en premier lieu qu'elle constitue bien réellement une maladie essentielle; puis nous indiquerons plutôt que nous ne décrirons les cinq formes sous lesquelles elle se présente.

I

DE L'ALIÉNATION.

L'aliénation est un symptôme commun à plusieurs maladies.

Qu'un homme se soumette à l'influence toxique de l'alcool, et il ne tardera pas à présenter des signes évidents d'aliénation, ayant pour caractère principal des hallucinations effrayantes et un certain tremblement; qu'un autre s'empoisonne avec la belladone, et il éprouvera une autre variété d'aliénation caractérisée par des hallucinations multiples et changeantes, avec impulsion à crier, à se sauver, à frapper. Si l'opium remplace la belladone, on observera encore l'aliénation avec des hallucinations et une impulsion plus marquée à la fureur. Dans ces trois cas que nous prenons pour exemple, on n'hésitera pas à dire que l'aliénation est un des symptômes de l'empoisonnement par l'alcool, par la belladone ou par l'opium; donc l'aliénation est un symptôme d'un certain nombre d'empoisonnements.

Voici maintenant un épileptique en pleine attaque : les mouvements convulsifs cessent, puis tout à coup ils sont remplacés par une manie furieuse ou par une impulsion automatique au meurtre.

Dans l'hystérie on observe également des attaques de manie et des impulsions maladives, mais la manie présente les caractères d'une sorte d'exaltation ébrieuse analogue au premier degré de l'ivresse, et les impulsions, très-rarement automatiques, sont accompagnées d'anxiété et de luttes inconnues aux épileptiques.

L'hypochondrie présente, elle aussi, des désordres analogues, mais ici l'aliénation est empreinte d'un caractère de tristesse, d'angoisse et de crainte tout à fait particulier.

Le clinicien n'hésitera donc pas un seul instant à affirmer qu'on observe l'*aliénation* dans l'hypochondrie, dans l'hystérie, dans l'épilepsie et dans certains empoisonnements, et que cette aliénation présente des caractères tellement différents dans ces diverses maladies, que, dans la plupart des cas, il est possible de reconnaître la maladie à la nature des impulsions maladives, aux caractères que présentent les hallucinations et les idées délirantes, et cette vérité séméiotique est tellement incontestée, qu'elle a pu passer dans le domaine de la médecine légale où l'impulsion automatique au meurtre, par exemple, est considérée comme un signe presque certain d'épilepsie.

Mais, qu'est-ce donc qu'un phénomène qui se développe sous l'influence de plusieurs maladies et qui dans chacune d'elles revêt des caractères différents? Qu'est-ce que ce phénomène qu'on peut transformer en signe? Tous les institutaires passés, tous les auteurs de médecine générale moderne répondent unanimement : Ce phénomène est un symptôme.

Nous avons donc démontré que l'aliénation est un symptôme commun à plusieurs maladies. Nous allons maintenant l'étudier en lui-même, analyser les phénomènes qui le constituent, et le séparer nettement des symptômes voisins et des désordres physiologiques qui lui ressemblent.

II

DES PHÉNOMÈNES QUI CONSTITUENT TOUTE ALIÉNATION.

L'aliénation est un de ces symptômes complexes auxquels les anciens maîtres en séméiotique donnaient le nom de *syndrome*, c'est-à-dire un symptôme composé de plusieurs symptômes. Comme le *mouvement fébrile* est un syndrome composé de chaleur fébrile, de fré-

quence du pouls et de malaise général, de même l'aliénation est constituée par trois éléments; ces trois éléments sont : l'*hallucination*, l'*impulsion* et l'*idée délirante*. Réunis ou séparés, ils constituent toute aliénation.

1° *Hallucination.*

L'hallucination est une sensation dont l'objet n'existe pas.

L'hallucination peut se produire à propos d'une impression sur les sens externes ou en son absence; elle peut même se produire en l'absence du sens externe lui-même, comme les hallucinations de la vue chez les aveugles. La sensation morbide qui constitue l'hallucination se produit donc dans cette partie du cerveau où, à l'état physiologique, les sensations externes sont transformées en sensations internes; elles sont engendrées non par un vice des sens externes, mais par un désordre des sens internes.

Esquirol ne donnait le nom d'hallucination qu'à la sensation morbide produite en l'absence de toute impression sur les sens externes, il distinguait sous le nom d'*illusion* la transformation d'une sensation ordinaire en hallucination. Ainsi, quand un malade voyait à la place des nuages des chars, des armées, des animaux monstrueux; ou bien quand il transformait en un discours suivi le bruit de la pluie ou celui du vent, Esquirol disait qu'il y avait *illusion*.

Cette division d'Esquirol ne présente aucune utilité pratique et elle est purement artificielle. Le même malade a dans la même journée les mêmes hallucinations avec ou sans impression préalable sur les sens externes. Dans les deux cas, c'est un symptôme de même valeur séméiotique, et c'est toujours une sensation dont l'objet n'existe pas.

Les hallucinations se divisent naturellement en deux grandes classes : hallucinations des sens externes, hallucinations des sensations internes. Les premières comprennent les hallucinations des cinq sens : de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, du goût et du toucher ; les secondes correspondent à des sensations morbides qui se passent dans les viscères : sensation d'un animal dans le ventre, dans l'estomac ; sensation de fragilité extrême du corps et hallucination du sens génital.

Valeur seméiotique des hallucinations.

Ces deux ordres d'hallucinations n'ont pas une valeur identique, et les dernières se rencontrent bien plus souvent chez les hypochondriaques et chez les hystériques que chez les fous.

Les hallucinations existent quelquefois comme phénomènes isolés chez des hommes surexcités ou fatigués ; la faim, la soif prolongée, et surtout la privation de sommeil, sont les circonstances les plus propres à développer les hallucinations chez les personnes prédisposées. Ce phénomène isolé constitue-t-il dans ce cas une maladie ? Nous ne le croyons pas, parce qu'il consiste dans un désordre sans durée, sans évolution ; c'est un phénomène de souffrance analogue aux palpitations et à l'essoufflement qui suit une course précipitée.

Les hallucinations constituent souvent un des éléments du délire fébrile : elles sont alors très-mobiles et très-multipliées, elles se succèdent sans ordre et sont en rapport avec les idées délirantes. C'est surtout dans la méningite et dans les fièvres graves qu'on observe ce symptôme.

Mais le plus souvent l'hallucination constitue un des éléments de l'aliénation et lui communique, lorsqu'elles sont prédominantes, un caractère tout spécial. Dans les

formes les plus communes de la folie, les hallucinations constituent le phénomène principal de l'aliénation; elles engendrent les idées délirantes et les perpétuent; elles sont le mobile de la plupart des impulsions maladives.

L'hallucination, phénomène isolé et produit en dehors de toute maladie, offre pour caractère distinctif de ne point entraîner chez le sujet, qui l'éprouve, une conviction durable de la réalité de l'objet de la sensation maladive; le plus souvent, tout en s'entendant distinctement appeler, ou en voyant très-nettement couler un fleuve, surgir une maison, le sujet croit parfaitement que personne ne l'appelle, qu'il n'existe devant lui ni maison, ni fleuve; et, dans le degré le plus élevé, si sa conviction est un instant entraînée par la netteté de l'image, la raison qui subsiste intacte ne tarde pas à lui faire reconnaître l'erreur dans laquelle il est tombé.

Les hallucinations du délire et celles de l'aliénation entraînent, toutes les deux, la conviction; le malade croit, d'une manière qui exclut le doute, à la réalité de l'objet des sensations morbides qui le tourmentent; mais, dans le premier cas, la conscience semble éteinte, supprimée, le malade ne sent pas ce qui se passe en lui et n'en conserve aucun souvenir; tandis que dans l'aliénation la conscience semble suffisamment conservée pour que le malade assiste à tous les désordres de son cerveau et pour qu'il en conserve un souvenir exact.

2° *De l'impulsion maladive.*

Dans l'état physiologique l'homme possède, en commun avec les animaux, une faculté par laquelle il est porté à l'acte en vertu d'un plaisir à atteindre ou d'une souffrance à éviter : c'est l'*impulsion animale*.

Pour bien comprendre l'impulsion maladive, qui n'est

qu'un dérivé de l'impulsion animale, il faut se rappeler que, dans cette dernière, l'homme est poussé par deux genres de mobile bien différent; l'un extérieur, c'est l'objet de la convoitise ou de la répulsion; l'autre intérieur, c'est un *besoin d'agir*. Cette *tendance à l'acte* existe à des degrés différents chez chaque individu. Dans le premier cas, l'homme est poussé à rechercher ou à repousser tel objet en particulier, parce qu'il lui plaît ou parce qu'il lui déplaît; à manger tel aliment, par exemple, à repousser tel autre; à fuir ou à rechercher telle personne. Ici c'est l'objet qui est le mobile, l'impulsion se meut dans le mode objectif.

Le second genre de mobile tient au sujet lui-même; l'homme est porté à marcher par le besoin de mouvement, et il change de place sans but; il est porté à s'enivrer pour s'enivrer, et il s'inquiète peu de ce qu'il boit pourvu qu'il boive. Quelques-uns même, et ici l'état physiologique touche à l'état pathologique, tuent, non pas pour voler, non pas pour se venger, mais ils tuent pour tuer, ils aiment le sang.

De même, certains hommes, en vertu de leur nature, sont portés à la lutte, au combat; d'autres sont pacifiques et inoffensifs; les uns doutent, hésitent, craignent sans cesse; les autres sont audacieux, entreprenants et pleins d'espérance; de même pour la joie et la tristesse qui sont des modes subjectifs de l'impulsion (1).

Appliquant ces connaissances physiologiques à l'étude des impulsions maladives, nous trouvons que le désordre qui les caractérise présente quatre caractères différents.

L'impulsion maladive est caractérisée : 1° par une abcence complète de mobile extérieur. Dans ce cas, l'impulsion est purement subjective. Citons quelques exemples

(1) Consulter le *Traité d'anthropologie* du Dr Frédault, au chapitre de l'impulsion animale.

pour faire bien comprendre ce point difficile : L'épileptique pris d'impulsion maladive en sortant de son attaque, frappe et tue la première personne qui lui tombe sous la main. Il est évident qu'il n'est mû par aucun mobile extérieur, puisqu'il ne choisit pas sa victime.

D'autres malades vivant dans toutes les conditions du bonheur, ayant eu; jusqu'à leur maladie, un caractère heureux, tombent subitement dans une tristesse profonde sans aucun motif; ils sont tristes parce qu'ils sont tristes; et ces malades, qui connaissent fort bien leur état, avouent que leur mélancolie n'a absolument aucune raison d'être : cette impulsion est commune chez les fous et chez les hypochondriaques. — D'autres malades éprouvent un besoin irrésistible de mouvement, ils marchent sans cesse; ou, s'ils sont assis, ils s'occupent continuellement à remuer sans but les objets qu'ils ont sous la main. Cette impulsion n'est pas rare dans la folie.

Nous faisons de cette absence complète du mobile extérieur un caractère de l'impulsion maladive parce que, dans l'état physiologique, chez l'homme fait, l'impulsion purement subjective (celle sans aucun mobile extérieur) est un état tout à fait passager et ne concluent jamais à des actes sérieux. — Ainsi, on peut éprouver le besoin de mouvement, mais ce besoin de mouvement chez l'homme en santé est toujours réglé par la raison et ne conclut jamais à des actes de violence et de meurtre.

2° Le second caractère de l'impulsion maladive c'est de produire des actes contraires à la nature de son mobile.

On rencontre des malades torturés par une impulsion incessante, qui les porte à tuer une personne chérie, leur mère, leur enfant. Les annales de la médecine légale contiennent des faits nombreux de ces impulsions; elles

s'observent principalement dans l'hystérie et dans l'empoisonnement alcoolique.

D'autres, plus nombreux encore, sont, plus ou moins irrésistiblement, entraînés au suicide malgré une crainte excessive de mourir. Les hypochondriaques surtout fournissent des exemples de ce genre d'impulsion.

3° Dans une troisième catégorie d'impulsion maladive, le rapport entre l'acte et le mobile est étrange et dépravé. Certains malades ont un goût prononcé pour les matières en putréfaction, la chair crue et pourrie des animaux abandonnés sur la voie publique. Il y a quelques années, un soldat offrait l'exemple d'une impulsion génitale irrésistible envers les femmes mortes ; et cette impulsion le portait à déterrer les cadavres dans les cimetières.

Les hystériques présentent des exemples nombreux de *goût dépravé ;* elles recherchent avec avidité, pour les manger, de la craie, du liége, du charbon, du fil et d'autres substances impropres à la nutrition.

4° L'absence de proportion entre l'acte produit et son mobile est un dernier caractère de l'impulsion maladive.

Les hystériques et les hypochondriaques sont les malades qui offrent le plus d'exemples de ces impulsions ; ils tombent dans la mélancolie ou ils sont poussé au suicide pour les motifs les plus futiles ; de jeunes filles incendiaires ont avoué qu'elles mettaient le feu uniquement pour jouir de la vue des flammes.

Les impulsions passionnelles offrent aussi, dans quelques cas, un défaut de proportion analogue entre l'acte et le mobile, mais jamais au même degré que dans l'impulsion maladive.

L'impulsion animale devient donc maladive : 1° quand elle produit un acte en l'absence de tout mobile exté-

rieur; 2° quand l'acte produit est contraire à la nature de son mobile; 3° quand ce rapport est étrange et dépravé; 4° quand le mobile est sans proportion avec l'acte produit.

Plusieurs médecins ont voulu faire de l'*irrésistibilité* un caractère de l'impulsion maladive. Ce caractère existe d'emblée, seulement dans la variété d'impulsion que nous décrirons sous le nom d'*automatique*, c'est-à-dire dans l'impulsion qui conclut brusquement à l'acte sans que le malade ait conscience du mobile qui le fait agir, et quelquefois sans qu'il ait conscience de l'acte lui-même.

Les autres impulsions arrivent souvent aussi à l'irrésistibilité, mais seulement après une lutte plus ou moins longue, lutte pleine d'angoisse et d'anxiété, et qui constitue une ressemblance de plus entre les impulsions maladives et les impulsions physiologiques, c'est-à-dire les passions.

a.) Division des impulsions maladives. — Au point de vue séméiologique les impulsions doivent être séparées en deux grandes classes : les impulsions conscientes et les impulsions automatiques.

Les impulsions conscientes se subdivisent elles-mêmes en *impulsions anxieuses* et en *impulsions expansives*.

Les *impulsions anxieuses* sont ainsi appelées parce que la lutte intérieure dont elles s'accompagnent détermine un sentiment d'angoisse et d'anxiété considérables. Les principales sont : l'impulsion à la tristesse ou *mélancolie*, l'impulsion homicide, l'impulsion suicide, l'impulsion incendiaire, l'impulsion érotique, l'impulsion aux boissons alcooliques, l'impulsion au vol, l'impulsion à manger certaines substances.

Les *impulsions expansives* s'accompagnent d'une sorte de surexcitation qui les caractérise. Les principales

sont : les impulsions à parler, à chanter, à rire, à entrer en fureur; les impulsions aux mouvements.— Certaines impulsions érotiques revêtent le caractère *expansif*.

Les *impulsions automatiques* ont pour caractère de conclure instantanément à l'acte; elles sont habituellement irrésistibles, et les malades n'ont qu'une conscience vague ou même nulle conscience et de l'acte lui-même et du mobile qui les pousse. Les principales impulsions automatiques sont la fureur, l'homicide, le suicide, le satyriasis.

b.) Valeur séméiotique des impulsions maladives. — Les *impulsions maladives* sont habituellement un des éléments soit du délire fébrile, soit de l'aliénation. Mais elles peuvent exister seules sans être associées ni aux hallucinations ni aux idées délirantes. Elles constituent alors un symptôme d'une importance capitale en médecine légale, et qui a été étudié sous les fausses dénominations de *folie d'action* et *folie transitoire*. Les impulsions maladives isolées s'observent principalement dans l'hystérie, dans l'épilepsie ou bien encore comme phénomène précurseur, soit de la forme commune de la folie, soit de la paralysie générale. Elles sont souvent alors l'occasion d'actes violents et dangereux de meurtre, de suicide, d'incendie.

Les impulsions automatiques appartiennent principalement à l'épilepsie et à l'empoisonnement par l'opium. Les impulsions anxieuses sont un signe d'hystérie, d'hypochondrie et d'empoisonnement chronique par les alcools. Cependant il existe des observations de suicide par impulsion automatique même chez les hystériques. Le caractère de l'impulsion ne constitue donc pas un signe pathognomonique dans la rigueur de ce mot, mais seulement un renseignement d'une très-grande valeur.

3° *De l'idée délirante.*

Comme l'hallucination est une sensation créée par les sens internes et sans réalité objective, de même l'idée délirante est une création de l'imagination, une fiction pure, seulement cette idée délirante se développe de deux manières différentes : tantôt elle est créée directement par les sens internes, tantôt elle se développe à propos d'une hallucination préalable.

Quel que soit son mode de production, l'idée délirante de l'aliénation entraîne, comme l'hallucination de même nature, la croyance du malade à la réalité de son existence objective et s'accompagne de désordres nombreux dans tous les sens internes.

Prenons pour exemple l'idée délirante, si commune chez les fous, de la toute-puissance.

Mon imagination crée cette idée que je suis Dieu ; que ce soit par suite de révélation, d'une hallucination ou spontanément, peu importe : voilà l'idée délirante produite. Étudions maintenant la manière dont les sens internes et la raison se comportent chez les malades vis-à-vis de cette idée délirante.

Dans l'état de santé, si une idée analogue se produit dans l'imagination, aussitôt tous les autres sens internes interviennent pour démontrer que c'est une idée sans réalité objective, la raison n'en est jamais ébranlée, et les rêveurs peuvent se complaire à construire des *châteaux en Espagne*, sans passer jamais pour fous dans le sens médical de ces mots ; « ils se réveillent gros Jean comme devant, » et voilà tout. Mais chez le malade les choses se passent différemment ; la fiction n'éveille plus dans la conscience sensible la sensation qui la distingue de la réalité, en sorte que le malade ne sait plus s'il imagine, s'il se souvient ou s'il perçoit une idée se rappor-

tant à une réalité présente; il est, sous ce rapport, comme l'hystérique qui a perdu la conscience de la contraction musculaire, et qui ne sait plus distinguer, ses yeux étant fermés, si elle a simplement voulu étendre le bras ou si elle l'a étendu en effet.

Le *sensus commune*, qui a pour mission de comparer entre elles les sensations apportées par les divers sens et de les rectifier l'une par l'autre, qui de plus, au moins chez l'homme, compare les images actuelles avec celles reçues antérieurement, et juge par cette comparaison de la rationalité de l'idée sensible, fait complétement défaut chez le malade frappé d'aliénation. Ainsi, pour conserver le même exemple, chez le malade qui se croit Dieu, le *sensus commune* ne fait pas ressortir tout ce qu'il y a de contradictoire entre cette idée et soit les sensations actuellement perçues, soit les idées sensibles accumulées dans la mémoire, ce qui démontrerait au besoin qu'avant d'être Dieu on était Pierre ou Paul, ce qui est absurde.

L'*estimativité* est altérée de deux manières différentes : tantôt elle est complétement subjuguée par l'idée délirante, en sorte que le malade ne juge plus des choses extérieures qu'au point de vue de son idée délirante; ainsi il estime que telle manière de lui parler est inconvenante, à cause de sa qualité de Dieu; il ne voit pas l'état de misère et de privation dans lequel il peut se trouver, il estime indigne de sa toute-puissance les soins matériels qu'on lui procure et qui sont cependant de première nécessité.

Chez une autre catégorie de malades l'estimativité relative est conservée, ce qui amène souvent de singulières contradictions dans la conduite des malades. Ainsi, les paralytiques qui se croient riches à millions, qui ont tout en or, comme ils disent souvent, acceptent

avec reconnaissance et même sollicitent deux sous pour acheter du tabac.

La *mémoire* est habituellement parfaitement conservée. Cependant, dans certaines, maladies la démence et la paralysie générale, les idées délirantes se rencontrent toujours avec une diminution notable de la mémoire.

Si les rapports de l'intellect et de l'animalité subsistaient dans leur intégrité, la raison suffirait à redresser les erreurs des sens internes ; mais ces rapports n'existent plus et l'intellect subjugué met toutes ses facultés au service de l'idée délirante, en sorte que le malade pense et agit comme si en réalité il était Dieu.

a.) *Division des idées délirantes.*— Les idées délirantes présentent au point de vue séméiotique trois variétés principales :

1° *Idée délirante* avec perte complète de la conscience et de la mémoire. C'est l'idée délirante que l'on rencontre comme partie principale du syndrome délire.

2° *Idée délirante* avec conservation de l'estimativité relative et obscurcissement de la mémoire. Cette variété entre comme élément principal de l'aliénation que l'on rencontre chez les déments et chez les paralytiques.

3° *Idée délirante* avec conservation de la mémoire et perte de l'estimativité. C'est cette variété qui avec les hallucinations et les impulsions constitue l'aliénation la plus fréquente : celle des fous, des hystériques, des empoisonnés, etc.

P. Jousset.

— La suite au prochain numéro. —

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES EMBOLIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA DIATHÈSE PURULENTE

L'étude des embolies est une question nouvelle dans la science. Entrevue par Van Swieten et quelques auteurs du siècle dernier, elle a été introduite avec éclat, en 1847, par le professeur Virchow, de Berlin. A partir de ce moment elle fait un chemin rapide; les médecins de tous les pays s'approprient ce sujet. Il fallait s'y attendre: cette question allait au génie positiviste des écoles contemporaines. Des caillots sanguins, des globules de pus, des débris cancéreux, combien d'autres produits pathologiques circulant dans les artères et les veines; des morts subites assez rationnellement expliquées: c'était beaucoup, c'était plus qu'il ne fallait pour attirer une science toujours préoccupée d'explications mécaniques, toujours infatuée de l'idée d'instituer un pur accident matériel comme cause instrumentale au début de toutes les maladies.

L'étude des embolies succèdait à celle de la phlébite. On sait les controverses ardentes soulevées par cette dernière question. Un instant l'iatromécanique sembla triomphante dans la médecine moderne. Une génération médicale tout entière parut convaincue. La diathèse purulente était expliquée par le passage du pus provenant d'une plaie ou d'une collection purulente quelconque dans la circulation veineuse. Une des plus importantes maladies, entre celles qui affligent l'humanité, était réduite à la proportion d'un incident hydraulique.

On en était là, les esprits étaient prêts pour accepter

la théorie des embolies; ils n'y manquèrent pas. Les partisans de la phlébite purent croire qu'une théorie plus savamment élaborée, munie de toutes les ressources de la micrographie, allait dissiper tous les doutes en relevant leur explication favorite du discrédit qui commençait à l'atteindre.

Il n'en fut rien : l'étude des embolies n'a ni complété ni fortifié la théorie du passage du pus dans les veines établie sur la phlébite. Résultat inattendu, les investigations dont fut l'objet le mécanisme des embolies ont bouleversé les notions vulgarisées depuis vingt ans sur l'inflammation des veines et ses conséquences. C'est ainsi qu'a été brusquement renouvelé l'aspect d'un sujet, semblait-il à jamais immobilisé, dans les détours d'une question d'anatomie pathologique encore plus mal posée que faussement résolue.

On voit par quel lien la théorie de l'embolie intervient dans l'histoire de la diathèse purulente, c'est Virchow lui-même qui, sans le vouloir peut-être, a établi une connexité entre les deux sujets dans sa *Pathologie cellulaire*. Le professeur allemand s'était proposé au premier abord l'étude des conditions favorables à la production des embolies dans diverses maladies. S'il eût maintenu le sujet dans ses limites naturelles, rien de mieux. Nous possédions une savante exploration d'anatomie pathologique de plus, une lumineuse discussion sur certaines lésions des veines et leurs conséquences. Malheureusement, le démon des théories ne délaisse pas l'auteur : les subtilités du microscope venant en aide aux subtilités de l'imagination, il se perd en fausse route. Auprès des aggrégats matériels dont il recherche les causes de migration dans les vaisseaux, se placent des globules, des corpuscules de toute nature, des poisons morbides, des miasmes septiques. Le champ

d'investigation est subitement élargi. Des domaines de l'anatomie pathologique, Virchow fait passer le lecteur en pleine étiologie positiviste, c'est-à-dire matérialisée.

Ce mémoire se propose pour objet :

1° Une étude rapide des embolies et des conditions anatomiques et pathologiques qui favorisent leur production ;

2° Une étude particulière des embolies dans la diathèse purulente ;

3° Une appréciation des diverses théories dérivées du mécanisme et de l'évolution des embolies, pour rendre compte de la diathèse purulente et de quelques autres états morbides.

I

On donne le nom d'embolies aux masses solides qui, tombant dans le courant circulatoire sanguin, peuvent être entraînées par lui. Si à cette première notion on ajoute celle-ci que le corps étranger va se fixer quelque part dans le trajet circulatoire, et qu'il détermine par sa présence une série d'accidents particuliers, on acquerra une idée complète de ce terme d'embolie (1), depuis dix ou douze ans si fréquemment usité dans le langage médical.

Il faut dire que les éléments les plus divers participent à la formation de ces corps migrateurs, de ces *blocs erratiques* comme les a appelés le Dr Gubler. Des débris de tumeurs encepholoïdes ou tuberculeuses, des fragments ossifiés d'une valvule du cœur, des plaques calcaires ou athéromateuses, des phlébolithes détachés de leurs adhérences, jusqu'à des entozoaires ont pris part à la formation d'obstructions emboliques, mais ces

(1) En grec, *embolos* cuneus qui insertur in aliquid.

cas sont rares. Les embolies les plus fréquentes, celles sur lesquelles on a tant disserté depuis quelques années, sont celles qui sont constituées par des fragments de caillots sanguins. On le comprend, ce sont les seules sur lesquelles il soit possible de bâtir des théories.

Quelque part, sur le trajet circulatoire, se trouve une masse de sang coagulé qui oblitère un vaisseau, le plus souvent une ou plusieurs veines. C'est là le point de départ du caillot embolique.

Deux directions opposées sont imprimées à ces masses flottantes par le courant sanguin, l'une centrifuge dans le système artériel, l'autre rétrograde dans le système veineux. Elles s'éloignent du cœur, dans le premier cas; elles s'en rapprochent, dans le second. Les embolies les plus fréquentes proviennent de l'oblitération d'une veine. Le caillot migrateur va s'arrêter, soit dans le cœur, soit dans l'artère pulmonaire, soit enfin dans les ramifications de la veine porte.

L'étude préalable des oblitérations vasculaires est ici indispensable pour fixer l'esprit sur les conditions anatomiques propres à la production des embolies. C'est un vaste sujet, car il implique l'appréciation des divers modes affectés par la coagulation du sang, phénomène qui précède et accompagne les oblitérations des vaisseaux non-seulement dans les artères et les veines, mais encore dans les cavités du cœur, dans les agents de la circulation centrifuge comme dans ceux de la circulation rétrograde.

Les oblitérations vasculaires sont déterminées par la coagulation des éléments fibrineux du sang; il résulte, du fait de cette condensation d'éléments plastiques, des caillots plus ou moins volumineux dont l'observateur peut constater la présence sur les points les plus divers du système circulatoire : dans les artères et le cœur

gauche, dans les veines et les cavités droites, enfin dans les vaisseaux pulmonaires.

Ce sont là des lésions importantes, symptomatiques d'états morbides fort nombreux. Les maladies diathésiques ou constitutionnelles, qui se terminent par des cachexies, sont celles chez lesquelles on rencontre le plus souvent les oblitérations vasculaires. S'il est vrai de dire que ce soit dans la période ultime et cachectique que cette lésion se produit habituellement, il ne faudrait pas donner à cette affirmation un caractère trop absolu. Nous voyons les concrétions vasculaires se présenter à des périodes fort différentes de la même maladie. Pour avoir méconnu ces alternatives du mouvement morbide l'on a été induit à des erreurs singulières. L'histoire de la diathèse purulente nous en présentera un exemple signalé. L'oblitération vasculaire peut intervenir dans le mouvement morbide d'une affection aiguë aussi bien que dans les complications ultimes d'une affection chronique. On a fait de cette question trop exclusivement un objet de recherches d'anatomie pathologique. Ces lésions ont été trop isolées, trop considérées d'une manière abstraite en dehors de la marche de la maladie. On n'a vu là qu'un accident mécanique venant mettre obstacle à la circulation du sang.

De même pour les embolies. Ce sont des accidents fortuits sans doute. Ils réalisent la plupart du temps tous les caractères d'un événement imprévu, mais ne les a-t-on pas trop exclusivement étudiées au point de vue pur et simple de l'accident, sans essayer de les rattacher à l'ensemble de la maladie elle-même? Ici encore la question d'évolution a passé inaperçue. On n'en est pas surpris quand l'enseignement de Virchow est apprécié dans sa méthode et dans l'esprit qui l'anime.

Nous disions tout à l'heure que les oblitérations vas-

culaires débutaient toujours par le phénomène de la coagulation du sang : cette circonstance a déterminé une étude approfondie physiologique et chimique des caillots sanguins dans le cœur et dans les vaisseaux. Cette étude préalable était nécessaire ; les confusions sont aisées dans une question d'anatomie pathologique aussi compliquée.

Les caillots qui se sont formés après la mort ou pendant l'agonie sont de même nature ; ils ne diffèrent pas du caillot recueilli dans la palette après la saignée. Les éléments dissociés du sang soustraits à l'influence de la vitalité obéissent aux lois naturelles de la pesanteur. Les globules résident dans la partie déclive ; au-dessus se trouve la fibrine jaunâtre constituant un tissu élastique infiltré de sérum n'adhérant pas aux parois du vaisseau, n'en remplissant pas tout le calibre.

L'étude de ces caillots concerne plutôt l'étude des divers genres de mort ou des divers modes d'après lesquels s'enraye la machine humaine au moment où la vitalité va s'éteindre, plutôt que l'anatomie pathologique de telle ou telle maladie. Il les faut connaître cependant, car, à l'ordinaire, ils font acte de présence autour des masses emboliques. L'observateur les doit distinguer des caillots migrateurs. Il n'est pas difficile de concevoir qu'au moment de l'agonie, la parcelle erratique venue de la périphérie serve de centre d'agrégation à ces coagulations fibrineuses qui s'organisent pendant les derniers instants de la vie et quelques heures après le décès.

Les caillots formés pendant la vie affectent, dans les ventricules du cœur, deux types : les polypes qui adhèrent aux parois de l'organe, et les caillots libres qui ne sont parfois que des polypes privés de leur pédicule. Ce sont des masses globuleuses, sphériques, rugueuses,



portant la trace des inévitables frottements qu'elles ont dû subir (1).

Si des caillots séjournant dans le cœur nous passons à ceux des vaisseaux, nous touchons à l'un des points intéressants de notre sujet. C'est ici qu'il faut faire mention des travaux de Virchow, et tout d'abord on discerne l'impulsion nouvelle qu'il a communiquée à cette question des concrétions veineuses.

Jusqu'à Virchow, toute coagulation du sang dans les veines était considérée comme un début de phlébite. La coagulation du sang, l'arrêt de circulation qui en est la conséquence, des modifications immédiates dans les propriétés vitales du tissu veineux désormais privé de l'élasticité nécessaire pour la progression des liquides, tel est le point de départ de cet ensemble pathologique décrit pour la première fois par Hunter, auquel depuis, le traducteur de Hogdson, M. Breschet, a donné le nom de phlébite. On sait la progression ascendante inventée dans la description de cette maladie. Quand la veine affectée ne passe pas à la suppuration, c'est une simple phlébite adhésive; si la suppuration apparaît, soit en dedans, soit en dehors de la veine, c'est une phlébite suppurée. On sait encore par quelle transition hypothétique la diathèse purulente tout entière a été greffée sur cette suppuration veineuse sous le titre de troisième période de la phlébite ou période infectieuse.

Tel est le rôle attribué à la phlébite par l'école fran-

(1) On s'accorde aujourd'hui à donner le nom de polypes du cœur ou de concrétions polypiformes à des caillots adhérents aux parois de l'organe, dans la contexture desquels intervient un élément pseudomembraneux. Cet élément d'organisation plastique reconnaît pour l'ordinaire une origine inflammatoire. Notre collaborateur, le Dr Frédault, a traité de cette question avec détails en 1847. — Dans des travaux plus récents, on indique des réactifs chimiques qui serviraient à faire distinguer les caillots, organisés avant la mort, de ceux qui se seraient produits après le décès ou pendant l'agonie.

çaise contemporaine. Avec des variantes sur lesquelles nous insisterons tout à l'heure, Cruveilhier, Dance, Blandin, P. Bérard, n'ont pas su sortir de cette ornière. C'est en vain que Tessier avait déployé une grande science et une éminente sagacité de critique pour soustraire la phlébite à ces destinées ambitieuses et la ramener à son véritable rôle, celui d'une lésion. A la veille des travaux de Virchow, en 1847, le dernier volume du *Dictionnaire de médecine* donnait encore le résumé de toutes ces erreurs. Seul alors en France, sous l'inspiration d'autres idées que celles de Tessier, un savant modeste, le Dr Legroux, s'étonnait à bon droit du rôle exclusif que, sous une impulsion passionnée, les médecins de son temps attribuaient à l'oblitération des veines. Legroux avait reconnu que des oblitérations veineuses compliquaient l'effet de plusieurs états cachectiques. Un de ses élèves, le Dr Bidault, dans une bonne thèse sur les concrétions sanguines des veines, a exposé les recherches de son maître.

C'est alors que paraissent les mémoires de Virchow. Déjà, nous l'avons dit, le professeur de Berlin a renouvelé l'aspect du sujet. Les traces de son passage devront être fécondes. Ce n'est pas que Virchow ne se place lui aussi à un point de vue exclusif. Avant ses travaux, toute oblitération veineuse semblait devoir conclure à une phlegmasie du vaisseau, et de là à une infection générale. Lui, Virchow, après une critique, plus remarquable encore qu'indirecte, de la théorie de la phlébite, ne veut voir dans les concrétions veineuses que des matériaux pour des embolies. Nous le verrons s'exalter aussi, se soustraire aux règles de l'esprit philosophique, franchir la limite intellectuelle qui doit séparer les faits matériels de l'ontologie, et ne pas rêver pour ses embolies des destinées moins ambitieuses que celles assignées par

Dance, Cruveilhier et l'école physiologique française aux globules purulents signalés dans les veines enflammées.

II

Exposons les travaux de Virchow; toutefois n'oublions pas qu'il ne s'agit ici que d'une question d'anatomie pathologique. Chez l'auteur, nous venons de le dire, les faits deviènnent très-promptement les auxiliaires des idées. Les déductions patientes et logiques ne sont pas dans ses habitudes. Vous croyez avoir affaire à un anatomo-pathologiste exclusivement occupé de chimie et de microscope, pas le moins du monde; des inductions incessantes, des transitions brusques trahissent une intelligence aisément capable d'enthousiasme et un observateur souvent trop pressé de conclure.

Dès l'abord, Virchow transporte la question des coagulations veineuses sur un terrain nouveau. Il ne s'empresse pas de déclarer qu'il a trouvé une phlébite dès qu'il rencontre sur un cadavre du sang coagulé dans une veine. Se plaçant à un point de vue histologique général, il donne avec Vogel le nom d'*inopexie* aux dispositions spéciales qui favorisent les *coagulations* vasculaires sans augmentation de la fibrine dans le sang. Il reconnaît cette tendance aux concrétions veineuses dans une série d'états cachectiques le plus habituellement compliqués d'anémie.

L'*inopexie* se traduit objectivement, dans la réalité des faits, par la production des *thromboses*. On a désigné sous ce nom l'état d'une veine qui, dans un espace plus ou moins long, se trouve être oblitérée par du sang coagulé. Virchow ne préjuge pas à l'avance que ce début d'organisation plastique doive conduire à une phleg-

masie de la veine. En France, la phlébite a absorbé à peu près toute l'histoire des coagulations veineuses. Dans les mémoires de Virchow, toutes les concrétions des veines sont étudiées au point de vue des embolies. Autant l'un que l'autre, les deux points de départ sont exclusifs de la vérité pathologique. C'est là l'inconvénient de vouloir en médecine trop généraliser en dehors du contact immédiat des faits; en dehors surtout des modifications particulières imprimées aux faits généraux par chaque espèce morbide.

Ces visées extrêmes furent de tous les temps en médecine. Il n'y aura jamais de méthode assez puissante pour contenir des esprits comme celui de Virchow toujours prêts à devancer la marche logique pour arriver à une conclusion préconçue. A la critique le soin de marquer la limite des exagérations tout en signalant les résultats acquis.

Dans la formation des thromboses, tantôt la lumière du vaisseau est complétement et immédiatement oblitérée par un magma sanguin sans que l'on y puisse retrouver aucune trace de stratification; tantôt au contraire la coagulation a commencé par la périphérie, la thrombose alors se compose de lamelles que l'on peut dissocier. Les couches sont d'autant plus denses que l'on se rapproche de la périphérie, tandis qu'une masse encore molle constitue l'axe central.

De quelque façon que l'oblitération se soit primitivement produite, elle a, dans certaines circonstances, pour résultat immédiat la formation d'un caillot prolongé, c'est-à-dire d'un appendice de matière fibrineuse qui s'étend de la veine oblitérée à une autre veine d'un calibre supérieur dont elle est tributaire. Cet appendice s'accroît incessamment par l'addition successive de couches fibrineuses nouvelles. Il en résulte une aug-

mentation progressive de diamètre transversal à mesure que le caillot s'allonge en se dirigeant vers le cœur.

Si de nouvelles couches obturatrices continuaient indéfiniment à se déposer autour du noyau primitif, la circulation serait bientôt interrompue dans le vaisseau envahi, fût-il même la veine cave inférieure; mais dans la plupart des cas, c'est le contraire qui a lieu, le caillot subissant peu à peu des métamorphoses régressives, touchant lesquelles nous allons entrer dans quelques détails. La masse des couches fibrineuses, qui constitue ce caillot prolongé, se ramollit spontanément et tend à se désagréger, c'est à cette tendance à la destruction que l'on a donné le nom de travail regressif. Deux influences, l'une externe, l'autre interne, déterminent le travail regressif. L'influence externe provient du flot sanguin qui enveloppe le caillot prolongé et en détache incessamment des parcelles qui sont entraînées au loin. L'autre influence procède du centre à la périphérie et contribue pour sa part à ronger la base du prolongement céphalique du caillot avant d'en entamer la pointe, c'est alors que des fragments, plus ou moins volumineux, peuvent s'en détacher, et, libres désormais au sein du torrent circulatoire, en suivre le cours entraînés par le flot.

Tel est le mécanisme habituel de l'*embolie;* mais des conditions particulières peuvent faciliter la rupture du caillot; celle sur laquelle Virchow s'étend le plus est le voisinage d'un gros tronc veineux libre de tout obstacle au cours du sang.

Insistons encore quelque peu avec Virchow sur le travail regressif des caillots.

A peine un caillot s'est-il formé au sein d'un vaisseau

qu'il subit des modifications sous l'influence d'un travail d'évolution rétrograde auquel Virchow a donné le nom de métamorphose de la fibrine coagulée. Un caillot ne saurait demeurer stationnaire : ou il est destiné à combler définitivement les vaisseaux qu'il occupe ou il disparaîtra en entier pour laisser rentrer le sang dans les anciennes voies.

Ce travail de régression est caractérisé par la transformation de la fibrine en graisse. On ne conteste plus aujourd'hui que la fibrine de la chair musculaire ainsi que celle qui constitue le substratum solide des coagulums sanguins ne soit susceptible d'éprouver la régression graisseuse. Il se produit alors au sein des caillots un liquide formé par le détritus de ces coagulums sanguins. Ce liquide est-il du pus comme on l'a cru longtemps avec Dance, Cruveilhier et toute l'école française? ou bien ce liquide n'est-il pas du pus comme l'affirment Virchow et les micrographes modernes? Mais qu'est-ce donc que ce liquide? C'est un composé intermédiaire qui se produit dans le cours des métamorphoses de la fibrine; c'est un liquide pyoïde qui n'offre que les apparences du pus et n'en recèle nullement les éléments constitutifs.

Cette évolution régressive, longuement décrite par Virchow, a pour but d'expliquer la friabilité de l'extrémité céphalique du caillot prolongé et par voie de conséquence la formation du fragment migrateur, qui est dirigé vers le poumon par le courant sanguin.

Nous voici en plein dans les théories de Virchow. Il faut avouer qu'il a monté une bien grande machine et déployé un grand luxe d'explications physiques, chimiques et micrographiques, pour atteindre un résultat dont nous ne voudrions pas diminuer l'importance,

mais dont il ne faudrait pas non plus exagérer la portée, car il ne s'agit en définitive que d'interpréter quelques faits rares. Avec ces réserves restrictives nous croyons le travail de Virchow sur les évolutions des caillots fort acceptable ; mais s'il est vrai, il doit avoir pour conséquence de modifier les opinions que l'on s'est efforcé de faire prévaloir jusqu'à présent sur la marche et l'évolution de la phlébite dite suppurée. Nos réserves portent sur les inductions physiologiques de la théorie de l'embolie : quant aux évolutions subies par la fibrine dans le caillot prolongé, nous croyons que c'est là la meilleure partie du travail du professeur allemand. Il est placé sur le terrain qui lui est le plus favorable, alors qu'il s'applique à décrire le métabolisme successif des éléments histologiques.

Il reste acquis que, dans toute thrombose, la lumière du vaisseau est interceptée par des fausses membranes et des caillots. De là l'impossibilité de conserver la théorie du passage du pus du centre du caillot dans le torrent circulatoire. Ce liquide interne n'est d'ailleurs pas du pus, mais simplement un détritus pyoïde. Bien entendu qu'il n'est ici question que du mode d'évolution du caillot embolique décrit par Virchow. Nous verrons, au chapitre suivant, à propos de la diathèse purulente, si le mode d'évolution décrit par Virchow est le seul dont soient comptables les inflammations veineuses.

D'autres fois, il se produit un épanchement de lymphe plastique au moment de la regression de la fibrine du caillot et de l'absorption du liquide pyoïde. Cette lymphe plastique détermine une phlébite adhésive.

ÉDOUARD DUFRESNE.

— La suite au prochain numéro. —

BIBLIOGRAPHIE ET MÉDECINE PRATIQUE

— 4e ET DERIER ARTICLE (1) —

VII

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. Leçons cliniques sur les *affections blennorrhagiques*, le *chancre* et la *syphilis*, par le Dr EDMOND LANGLEBERT, professeur libre de clinique et de pathologie spéciales, recueillies et publiées par M. ÉVARISTE MICHEL, revues par le professeur. 1864 (1).

Ce désarroi de la critique historique, dévoyée par les systèmes dont nous venons de parler, n'avait été encore mis en relief avec plus de bon sens, d'à-propos et de spirituelle humeur que par l'auteur des lignes suivantes opposant, dans le procès pendant du dualisme, ses premiers patrons l'un à l'autre, M. Bassereau à M. Clerc :

« Le premier, partisan du dualisme pur et orthodoxe, dont il est le père, ne voulant admettre aucune parenté entre le chancre simple et le chancre infectant, cherche à établir entre leurs origines une différence chronologique. Il interroge le passé, compulse avec une patience de bénédictin les in-folios grecs, latins ou arabes, et en exhume le chancre simple. Quant au chancre infectant, il attendra la fin du xve siècle pour paraître en ce monde.

« Le second, partisan du dualisme unitéiste ou chancroïdien, dont il est également le père, a besoin, pour soutenir sa théorie, que le chancre simple soit le fils ou au moins le petit-fils du chancre infectant. Comme M. Bassereau, M. Clerc remonte le cours des siècles, et revient de cette savante et laborieuse excursion avec de nombreux témoignages historiques établissant que non-seulement le chancre simple n'existait pas dans l'antiquité, mais encore qu'il est d'origine postérieure à celle du chancre infectant, et qu'il ne s'est montré pour la première fois qu'en l'an de grâce 1523. »

(1) Voir *Art médical*, novembre et décembre 1864, et janvier 1865.
(2) Grand in-8 de 755 pages. Savy, éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Le même critique dit encore avec juste raison :

« Le seul fait qui nous paraisse certain, c'est que le virus syphilitique n'existait pas chez les peuples civilisés de l'antiquité. Ni les Juifs, ni les Grecs, ni les Romains ne l'ont connu, ou du moins, rien dans les écrits qu'ils nous ont laissés n'autorise à penser que la syphilis exerçait sur eux ses ravages. Les prétendues douleurs ostéocopes du roi David, les taches et les pustules vénériennes de César-Auguste, la couronne de Vénus qui, dit-on, ornait le front de Tibère, sont autant de fictions plus propres à exciter le rire dans un jeune auditoire qu'à porter la conviction dans les esprits sérieux. »

Cela est parfaitement vrai. Ces fictions trop longtemps ont constitué tout le mince bagage de la critique appliquée à l'histoire des maladies vénériennes; et il serait opportun de reconstituer enfin cette étude à l'aide de moins folâtres arguments. La question historique n'est nullement un hors-d'œuvre sans intérêt et tout au plus une source de facéties à l'usage d'un professeur en goguette. Sérieusement abordée, elle peut répandre plus d'une vive lueur sur les choses mêmes de la pratique. Le passé, comme on l'a dit, est gros de l'avenir; ses enseignements sont nos meilleures leçons. Qui pourrait affirmer que d'analogues influences ou qu'un nouveau concours de circonstances démologiques ne modifieront pas encore un jour les destins de la syphilis? Ses endémies, vestiges disséminés de la forme originelle, ne peuvent-elles fournir d'ultérieurs éléments à sa reconstitution d'autrefois?

Nous verrions avec plaisir la syphilographie contemporaine aborder carrément cette voie philosophique. Le critique distingué dont nous venons de citer quelques paroles aurait entre tous qualité pour y entrer. M. le D[r] Edmond Langlebert n'a point de compromis avec les coteries du jour. Fils de ses œuvres, il s'est tracé un libre chemin au milieu des systèmes régnants.

L'un des premiers, il a su s'affranchir des enseignements en crédit. Lorsque le dogme de la non-contagion des accidents secondaires régnait pour ainsi dire despotiquement dans les écoles, ce jeune syphilographe — que la science connaissait à peine et que les maîtres regardaient peut-être encore avec quelque dédain, — tout à coup, de concert avec M. Auzias-Turenne, dans une des séances « devenues historiques » de la Société du Panthéon, se mit à sonner le tocsin contre la tyrannie dominante. Sans doute, dans cette grande croisade qui répondait à son appel, la réhabilitation de la vérité peut être revendiquée par d'autres individualités plus renommées. En effet, plus d'un excellent observateur était resté fidèle à la foi traditionnelle. M. Velpeau, à la Charité, MM. Gibert et Cazenave, à Saint-Louis, M. Bazin, à Lourcine, Vidal (de Cassis), au Midi, n'avaient jamais reconnu la souveraineté des doctrines de Hunter, popularisées avec tant d'éclat et de succès par M. Ricord. Cependant il est juste de déclarer que la démonstration clinique de la contagiosité secondaire n'était point encore réellement donnée et que M. Langlebert en a institué plus particulièrement la formule. Ainsi, M. Auzias lui-même, bien que, ayant reconnu le premier que l'accident qui se développe au point directement contaminé par une lésion secondaire, puisse offrir de l'induration, refuse de considérer cet accident comme un chancre. Ce n'est, selon lui, qu'un premier symptôme secondaire; et il affirme que la syphilis ainsi communiquée peut se produire d'emblée sous ses formes constitutionnelles. Au contraire, M. Langlebert a résumé sa formule de la manière suivante : *La syphilis constitutionnelle a constamment pour point de départ un chancre, et spécialement un chancre induré, lors même qu'elle a été communiquée par le produit d'un accident secondaire.*

Et cette détermination est parfaitement conforme à la vérité, — la lésion inoculée ayant les caractères fondamentaux de l'affection syphilitique initiale, — du chancre confirmé proprement dit.

Très-peu de temps après, M. Rollet arrivait aux mêmes conclusions, appuyé sur de nombreux exemples qui ne pouvaient laisser subsister le moindre doute à ce sujet, reconnaissant loyalement d'ailleurs la priorité de la proposition nouvelle éditée par M. Langlebert. Il est vrai que la jeune école lyonnaise à sa suite ne s'est pas toujours regardée comme tenue aux mêmes scrupules. De là les griefs assez vertement exprimés par notre syphilographe parisien.

Dans le livre qu'il publie aujourd'hui, M. Langlebert se montre avec ses qualités de polémiste, plein de verve et décochant en plus d'un bon endroit les traits de sa fine ironie. Il semble se faire un jeu de la lutte. Trois chapitres, comme autant de perles vives et artistement taillées, brillent surtout dans cet écrin : *le chaos syphilographique*, le *chancre mulet* et la *réfutation du dualisme*. Nous regrettons — faute d'espace — de ne pouvoir suivre l'auteur dans les développements de ces questions. Les extraits que nous avons cités tout à l'heure suffisent à donner un aperçu de son entrain. Rien n'est plus exact que le tableau suivant, par lequel il résume le chaos de la syphilologie contemporaine.

« Ceux de nos lecteurs qui ne sont pas tout à fait au courant du gâchis syphilitique actuel croiront peut-être que nous venons de tracer ici un tableau de fantaisie. Ce n'est, hélas! que la reproduction trop fidèle des élucubrations de nos modernes législateurs de la syphilis.

« En résumé, la science et l'humanité sont bel et bien, de par la loi nouvelle, en possession de cinq chancres :

« 1° Le CHANCRE SIMPLE, chancre antique de M. Bassereau, ou *chancrelle* de M. Diday;

« 2° Le CHANCRE INFECTANT, ou chancre de la Renaissance;

«3° Le CHANCROÏDE de M. Maratray, ou *induroïde* de M. Diday, considéré par M. Clerc comme le père de la chancrelle;

«4° Le CHANCRE SIMPLE CHANCROÏDIEN, ou *chancrelle chancroïdienne*, issu du précédent;

«5° Le CHANCRE MIXTE, ou *chancre mulet* de M. Rollet.

«... Heureux si nous parvenons à débrouiller quelque peu le chaos sous lequel étouffe et se débat actuellement notre pauvre syphilographie!» (P. 337.)

Il ne faudrait pas croire que la critique des systèmes nouveaux est la partie dominante de ce livre. Des ténèbres faire jaillir la lumière, du chaos tirer la création, c'est sans doute l'œuvre capitale de la science. M. Edmond Langlebert n'a point eu cette ambition si haute Il vise surtout à un ouvrage élémentaire, substantiel, pratique, auquel il a donné la devise : *primò sanare, deinde philosophari*. Aussi a-t-il apporté le plus grand soin à l'étude du pronostic et aux questions du traitement, soit de la syphilis, soit de la blennorrhagie et de toutes ses complications chez l'homme et chez la femme. A ce point de vué restreint, nous n'hésitons pas à dire qu'il a résolu le difficile programme d'offrir dans son travail aux jeunes médecins non-seulement le tableau fidèle de l'état de la science, mais encore un guide qui leur aplanit les difficultés de la pratique. Examinons donc un peu avec lui ces dernières questions relatives à la thérapeutique ordinaire des maladies vénériennes.

1° Pour le traitement de la blennorrhagie, M. Langlebert adopte la méthode abortive, au début, avec quelques modifications particulières : pratiquée — au moyen de sa seringue à jet récurrent, — avec une solution variable de 1/15 à 1/30 de nitrate d'argent cristallisé (en proportion inverse du degré d'acuité de l'uréthrite), — dans une étendue généralement limitée à la fosse naviculaire — et à intervalles de 3, 4 et 5 jours. Quant au traitement

méthodique, adversaire déclaré de la méthode dite antiphlogistique et des boissons diurétiques, il critique en outre comme intempestive et inutile, — peut-être un peu à tort, — l'administration des balsamiques et du poivre cubèbe au début; pour lui la base de la médication est le sulfate de zinc en injections, et l'usage intérieur du camphre dans la période aiguë. Malgré les modifications que ce praticien recommandable a fait subir aux errements thérapeutiques usités dans la blennorrhagie, nous croyons que le traitement banal de cette affection suscite encore des réclamations nombreuses et que nul ne se ressent davantage de la routine générale ou de la fantaisie de chaque spécialiste en particulier. Chacun suit et vante son système. Mais les praticiens qui n'ont à cet égard aucun parti pris, savent, de reste, qu'aucune méthode n'est en mesure de démontrer bien positivement sa supériorité. Non pas que l'une ne soit préférable à l'autre, mais, si le choix abonde — malgré le nombre des programmes, des capsules et des robs qui se disputent la faveur publique, — l'indication pratique manque encore totalement.

Au sujet de la blennorrhagie, il est un préjugé que l'organicisme a répandu sur la nature de cette affection, préjugé qui est devenu la source, dans la clinique comme dans la science, d'une confusion inextricable : c'est la confusion du *symptôme* écoulement, et en particulier de l'écoulement inflammatoire avec la *maladie* blennorrhagie. Sans doute cette dernière est caractérisée surtout par une excrétion uréthrale inflammatoire. Mais tout écoulement de ce genre, par exemple celui qui provient d'une cause irritante, — brûlure, cautérisation, cathétérisme, contact du pus ordinaire, etc. etc., — constitue-t-il véritablement et essentiellement la blennorrhagie ? L'écoulement uréthral, résultat toxi-

que qui suit l'ingestion de certaines substances, — térébenthine, copahu, cubèbe, cantharides, parfois de la bière elle-même, — ressemble-t-il à l'affection spéciale dont nous parlons ? L'écoulement muco-purulent, vulvo-vaginal, si commun, chez les petites filles, aux époques de la dentition ou sous l'influence helminthique, offre-t-il les caractères de la gonorrhée vénérienne ? Toutes ces exhalations morbides, en un mot, ont-elles la marche, la durée habituelle, le pouvoir contagieux, les migrations régulières, les métastases imprévues, les complications diverses, les suites immédiates ou éloignées de la blennorrhagie véritable ? Non, certes ! Réclament-elles les mêmes médications ? Aucunement. Parmi les partisans les plus résolus de la méthode abortive, qui s'aviserait de *couper*, — au moyen de nouvelles applications caustiques, ou de traiter par la potion classique de Chopart, ou même par les capsules renommées de Mottes ou de Raquin, — un écoulement inflammatoire de même nature que celui que Swediaur vit éclater à la suite de sa double et fameuse injection ammoniacale de l'urèthre ? Personne, assurément ; l'instinct pratique parle ici assez haut.

Malheureusement ces distinctions, si simples et si élémentaires de l'essentialité morbide sont lettre morte même pour les hommes les plus compétents une fois soumis à la filière des systèmes. Encore sont-ils loin de s'apercevoir de la servitude qui les tient, et les entendons-nous protester avec une naïve candeur de leur fière indépendance. « Quand on étudie la blennorrhagie, dit M. Ricord, *sans prévention*, *sans idée préconçue*, on est forcé de reconnaître qu'elle se produit souvent sous l'influence de la plupart des causes qui peuvent déterminer l'inflammation des autres muqueuses. » (*Lettres sur la syphilis*, 1re éd., p. 19.) Mais c'est justement l'*idée*

préconçue de l'organicisme qui a dérouté cet éminent syphilographe en lui faisant confondre la proie et l'ombre, la maladie essentielle et le symptôme commun à plusieurs maladies. Or, cette méprise générale, propagée par des auteurs d'une si grande autorité, nous ne pouvons la passer ici sous silence en la voyant acceptée et soutenue par M. Langlebert. « Rien de plus fréquent, assure ce dernier, que de voir des blennorrhagies, même très-graves, être la conséquence de rapports sexuels trop multipliés avec des femmes simplement affectées de pertes blanches ou ayant leurs règles, et même — oserons-nous le dire ? — avec des femmes parfaitement saines et en dehors de la période menstruelle... » Assertion bien grave, assurément, si les lignes qui suivent immédiatement ne découvraient bientôt la confusion : « Il y a plus; c'est que la blennorrhagie peut prendre naissance sous des influences étrangères à l'acte sexuel. Ainsi, le cathétérisme, des injections irritantes, l'usage de certaines boissons, de certains aliments excitants, etc. etc. » (P. 6.) — Voilà bien les errements confus de la doctrine organicienne dont notre génération est si plantureusement nourrie.

Mais, voici l'instinct pratique du médecin observateur: «Supposons — ajoute M. Langlebert quelques pages plus loin — que nous injections une solution légèrement concentrée d'azotate d'argent, soit 1 gramme sur 20, 25 ou 30 grammes d'eau distillée, chez un homme dont l'urèthre est parfaitement sain, nous verrons presque aussitôt les lèvres du méat se gonfler, puis peu de temps après laisser échapper un liquide incolore et transparent, qui fera place bientôt à une sécrétion purulente, épaisse, chargée de débris d'épithélium; à cet écoulement *qui durera quelques heures à peine*, succédera à son tour un suintement muqueux dont la suppression ra-

mènera l'urèthre dans son état normal » (p. 62). Oui, cela est exact, et il n'y aura pas d'autres suites; et cet écoulement accidentel, de cause purement externe, même plus intense et moins éphémère (1), ne constituera jamais la véritable blennorrhagie essentielle, vénérienne et contagieuse; il en différera autant, par sa nature, qu'une brûlure de la peau diffère de l'érysipèle, que l'urtication diffère de la rougeole, qu'une luxation traumatique diffère de la luxation dite spontanée.

S'il était vrai, comme on l'affirme, — à tort, selon nous, — que l'écoulement leucorrhéique, utérin ou vaginal, le flux menstruel, les lochies, etc. etc., engendrent, par le seul fait d'un contact irritant, la blennorrhagie, quelle ne serait pas la fréquence singulière de cette dernière affection, en présence de ces conditions étiologiques si multipliées! Il n'y aurait plus d'assurances possibles contre un tel incendie, et la conflagration serait bientôt universelle. Le mariage le plus pur deviendrait un foyer intarissable de contagion. Quoi de plus commun que le catarrhe utérin et la leucorrhée! Or, voit-on jamais dans les paisibles et honnêtes ménages — où ils ne font point défaut — ces symptômes inoffensifs se communiquer d'un conjoint à l'autre et faire explosion avec les chaudes et cuisantes étreintes de la blennorrhagie et ses complications variées?

Ces malheurs imprévus et douloureux ne se voient guère, et pour cause, que dans un certain monde interlope, qui forme la meilleure part de la clientèle — soit dit sans les offenser — de nos médecins spécialistes. Toute la gent parasite et bohème qui afflue aux dispen-

(1) Il est inutile de faire remarquer que cet écoulement uréthral, — suite d'une cautérisation, — pourra durer plus ou moins de temps, suivant l'étendue et le degré de la brûlure, toujours dans un rapport exact avec l'intensité de la cause externe : rapport que l'on ne saurait établir pour la blennorrhagie.

saires, est le grand réservoir de la blennorrhagie. Cette affection établit, pour ainsi dire, en permanence son domicile chez un grand nombre de femmes d'un commerce facile, le plus souvent adonnées à la débauche et à la promiscuité. Les symptômes aigus disparaissent, souvent même toute trace de la maladie s'est effacée; mais surviennent la fluxion menstruelle ou seulement un agresseur nouveau, et la contagion silencieuse reprendra momentanément ses droits; et l'observateur, autant et plus peut-être que la victime, sera déconcerté dans sa recherche de cette obscure paternité. Le spéculum lui montrera soit quelques granulations, soit de légères érosions, une simple hyperémie chronique du col utérin, ou même des altérations si insignifiantes, qu'il croira pouvoir donner en conscience un certificat d'immunité. Mais sa bonne foi sera en défaut. Ces existences nomades doivent être tenues en légitime suspicion. Les flueurs blanches, les plus innocentes en apparence, récèlent presque toujours — sous la ceinture dorée — un ennemi. M. Langlebert ne confesse-t-il point que lorsque la blennorrhagie chez la femme passe à l'état chronique, « elle se transforme en un véritable catarrhe utérin, qu'il est *impossible de distinguer de l'affection analogue* produite par des déviations utérines, des accouchements laborieux, la scrofule, l'anémie ou toute autre cause locale ou constitutionnelle? » Au double point de vue prophylactique et thérapeutique, il y a là matière à d'importantes distinctions et à d'utiles enseignements.

2° Dans son appendice, — un peu bref, — sur les *végétations*, M. Langlebert s'exprime ainsi :

« Les médecins homœopathes ont érigé en véritable diathèse cette prédisposition spéciale, et ils ont donné à cet état constitutionnel le nom

de *sycose*. Un fait semblerait justifier cette manière de voir : c'est la relation qui existe entre les végétations, si communes sur les organes génitaux, et les poireaux ou verrues qui se développent sur les mains. Cette relation, déjà signalée par M. Diday et par Melchior Robert, est très-fréquente, et j'ai pu moi-même en constater un grand nombre de fois l'exactitude. C'est pourquoi, sans admettre, comme le font les homœopathes, une diathèse sycosique, ce qui est beaucoup trop dire pour une affection aussi légère, je suis cependant porté à croire que les végétations se produisent en vertu d'une disposition générale et préexistante de l'organisme. La blennorrhagie, le chancre, la syphilis elle-même, ne seraient donc que des causes occasionnelles et non déterminantes de cette affection. Ce qui me confirme dans cette opinion, c'est l'identité absolue de la lésion, malgré la multiplicité des circonstances morbides qui la font naître. » (P. 727.)

Toutefois, après cette déclaration de principes, l'auteur conclut que « le traitement des végétations doit être exclusivement local. Tous les remèdes internes... jusqu'au fameux *thuya occidentalis* préconisé par les disciples de Hahnemann sont venus successivement échouer contre cette affection. » (P. 729.) Sans doute l'excision et les caustiques constituent les moyens de destruction les plus expéditifs. C'est le chemin le plus court, est-ce toujours le meilleur ? Nous ne le pensons pas. Il existe un très-grand nombre de faits qui démontrent, en particulier, l'influence favorable que produit, dans ces circonstances, l'administration du thuya. Et il n'y a point que les disciples de Hahnemann qui en conseillent l'usage : les adversaires de la réforme homœopathique ne se font point scrupule de se l'approprier. Pour nous, nous l'avons maintes fois vu réussir, — en l'employant simultanément *intùs et extra*, — alors que des caustiques énergiques avaient échoué ou n'avaient point empêché la production épigénique de repulluler.

Malgré quelques erreurs de système ou de détail que l'on peut lui reprocher, Hahnemann doit être loué hau-

tement pour avoir distingué comme état morbide distinct de la syphilis, la sycose, — cette véritable *diathèse épithéliale*, ou principe générateur des fics, végétations, verrues, polypes, — et d'en avoir indiqué la médication appropriée. Il y a là un double monument dont nous devons respecter l'ordonnance, en attendant que l'avenir remédie à ses imperfections.

3° Après quelques pages consacrées à passer en revue les divers moyens tour à tour essayés dans la prophylaxie de la *syphilis* depuis Fracastor et G. Fallope jusqu'à Luna Calderon et M. Rodet, et après avoir donné la formule du mélange oléagineux qu'il a composé lui-même dans ce but et qui paraît avoir la propriété de neutraliser la contagion, dans l'immense majorité des cas, M. Edmond Langlebert arrive à discuter les préceptes du traitement de la maladie.

Pour le chancre, il insiste avec raison sur la nécessité de la cautérisation abortive : « Il faut faire pour le chancre ce qu'on fait pour la pustule maligne, ce qu'on fait pour la morsure du chien hydrophobe, pour la piqûre d'un reptile venimeux, etc. : il faut le détruire complétement dès son apparition » (p. 413). Mais il est bien rare que cette destruction soit possible en temps opportun. L'auteur blâme, comme topique, les onguents et surtout celui qu'on nomme napolitain ; il préfère — les liquides astringents dans les cas ordinaires, — le quinquina, s'il y a tendance à la gangrène ; — et il expose les divers moyens usités, sans se prononcer exclusivement, s'il y a phagédénisme, — rejetant dans tous ces cas le traitement général.

Le temps n'est plus où l'on croyait avec l'école ancienne, — depuis J. Vigo, Boerhaave jusques à Hahnemann,— que la cautérisation de l'ulcère chancreux a pour effet

de refouler le loup dans la bergerie, le virus dans l'organisme, et de manifester, par cette répercussion intempestive, les symptômes constitutionnels; et le reproche que B. Bell adressait à cette pratique — de produire des bubons — n'est pas mieux fondé. Il n'y a pas lieu davantage d'adopter les vues systématiques des dualistes — lorsqu'ils recommandent de ne cautériser que le chancre simple et de laisser en repos le chancre infectant, — attendu qu'il n'y a, de leur aveu, au début, aucun signe positif en mesure de légitimer cette distinction.

Avec M. Ricord, avec M. Sigmund, comme avec M. Langlebert, nous conseillons la cautérisation, — autant que possible énergique, — de l'ulcère, au moins dans les premiers temps. Plus tard, nous croyons, en particulier, qu'il est opportun et indiqué de favoriser, — loin de la restreindre, — sa suppuration : d'après cette loi naturelle, constatée depuis les premiers observateurs, que la suppuration des lésions primitives éloigne, jusqu'à un certain point, le danger des manifestations consécutives. Et l'expérimentation moderne est loin d'infirmer cette donnée traditionnelle. Ne savons-nous pas que l'un de nos meilleurs syphilographes, le regrettable Melchior Robert, en greffant, dans un but curateur, le pus du chancre mou à la surface du chancre dur, était parvenu, dans un certain nombre de cas, à retarder et à amoindrir l'intensité des accidents consécutifs? Il est probable que l'application plusieurs fois renouvelée de la poudre de sabine, par exemple, dans les mêmes circonstances, aurait encore de meilleurs résultats. Nous faisons part de ces présomptions à ceux qui sont en mesure de les vérifier.

Aussitôt que l'induration apparaît, M. Langlebert administre sans hésiter et le plus tôt possible le traitement mercuriel. Nous avons vu, à l'occasion des pérégrina-

tions de M. Drysdale dans les hôpitaux de Paris, à quel arbitraire est laissé le choix du moment opportun dans l'entrée en scène de cette médication : les uns attendent l'apparition des accidents constitutionnels précoces, les autres celle des symptômes secondaires tardifs, ceux-ci les ulcères graves de la gorge, ceux-là les ostéodynies; quelques-uns enfin, avec M. Diday, patientent bravement jusqu'à la résolution spontanée et naturelle des accidents, et, confiants surtout dans l'iodure *de soleil*, s'abstiennent le plus souvent de toute médication. Il y a une tendance générale à reculer de plus en plus et à éliminer, autant que possible, l'emploi du mercure. Il faut s'inscrire contre cette déplorable abdication. Pour nous, aussitôt que la syphilis *confirmée* est évidente, — et la transformation plastique ou condylomateuse du chancre en est le signe le plus certain, — nous croyons qu'il est du devoir du praticien de commencer sans retard la médication. Sans doute, nous reconnaissons, avec M. Langlebert, que le mercure ne prévient pas les accidents consécutifs; mais nous disons, avec cet auteur, qu'il les atténue et en abrége la durée. Sans doute encore nous accorderons à M. Diday que les diverses poussées constitutionnelles, abandonnées au cours de la nature, pourront s'amoindrir graduellement et s'éteindre d'elles-mêmes chez quelques malades; mais personne n'ignore que l'abstention extérieure la plus complète des stigmates morbides ne prouve pas nécessairement et toujours la guérison radicale de la maladie. Dans ces dernières conjonctures, elle pourra se réveiller parfois après de longues années d'intervalle, ou bien se transmettre de la manière la plus fatale et la plus inopinée, par le mariage ou l'hérédité, à d'innocentes et jeunes victimes d'autant plus dignes de protection et de pitié.... Quelle grave responsabilité pour le médecin

coupable, — par son abdication systématique, — de pareils méfaits!

Quelles sont les limites du traitement? La règle générale est de continuer l'usage des mercuriaux tant que les accidents secondaires persistent. M. Langlebert emploie de préférence le bichlorure à la dose de 0gr., 005 à 0gr., 05 par jour, de préférence au protoiodure, qui exige des doses plus fortes et occasionne plus aisément la salivation. Nous sommes entièrement de cet avis. Toutefois, nous pensons que l'on peut avec avantage administrer le sublimé à des doses beaucoup moindres et que son action curative est d'autant plus sûre et plus prompte que l'on se garde davantage de ses effets perturbateurs sur la muqueuse de la bouche et de l'appareil digestif. Nous ne saurions trop engager notre distingué confrère, — en raison de son esprit d'indépendance et d'initiative, — à secouer le joug de la routine pour entrer dans cette voie progressive. Aux doses qu'il conseille, il est encore souvent nécessaire de suspendre la médication; beaucoup de praticiens même, sans provoquer absolument la salivation, aiment assez à voir se manifester une légère fluxion des gencives. C'est leur thermomètre. Ils y lisent la preuve de l'action du médicament. Preuve détestable! Rien ne paralyse davantage l'harmonie nécessaire de l'absorption que le trouble apporté aux fonctions normales des voies digestives. Ce n'est pas seulement l'école de Hahnemann, c'est encore l'expérience universelle qui nous enseigne que l'action altérante ou secondaire d'un médicament est en raison inverse du nombre ou de l'intensité de ses effets perturbateurs ou primitifs. Si des doses plus ou moins élevées ou répétées sont nécessaires pour obtenir ceux-ci, des doses atténuées et éloignées produisent plus facilement celle-là. La diversité des

phénomènes pathogénétiques du calomel,— suivant que l'on élève, rapproche, fractionne ou éloigne ses doses, — est un exemple qui, — surtout pour la thérapeutique des autres sels mercuriels, — ne saurait être perdu.

Pour ne eiter ici que l'un de ses résultats les plus ordinaires, sachons bien que les doses banales, auxquelles l'on administre généralement le sublimé corrosif et surtout le protoiodure mercuriel, en portant leur action toxique, — si faible qu'elle soit en apparence, — sur la muqueuse buccale, deviennent la source d'altérations chroniques, le plus souvent irrémédiables et indélébiles. En étudiant particulièrement ce fait d'observation pendant plusieurs années, nous avons constaté, plus ou moins longtemps après la cessation des traitements mercuriels dont nous parlons, la fétidité de l'haleine, le déchaussement et l'ébranlement des dents, le ramollissement fongueux des gencives, le décollement et la suppuration du périoste alvéolaire, en un mot, l'armature dentaire plus ou moins compromise. Ce sont là des désordres fâcheux qui passent trop souvent inaperçus pour les médecins et qu'on ne saurait trop chercher à prévenir.

Nous devons glisser rapidement sur les considérations thérapeutiques relatives à la période tertiaire et à l'état cachectique, de même que sur le traitement de la syphilis congénitale. Un long chapitre est consacré par M. Langlebert à cette forme si intéressante de la maladie, et les nombreuses questions d'hygiène sociale et de médecine légale qu'elle soulève sont très-judicieusement exposées et résolues par l'auteur. Ajoutons seulement qu'il s'attache, à notre grande satisfaction, ainsi que MM. Belhomme et Martin d'ailleurs, à réhabiliter le traitement indirect des nouveau-nés malheureusement tombé en désuétude, malgré les recommandations

d'Astruc, Levret, Fabre, Rosen, Colombier, Swediaur, et aussi malgré les observations décisives rapportées de nos jours par MM. Bassereau, Bouchut, Diday. A ce sujet, rappelons ici les paroles de ce dernier syphilographe, paroles que nous regrettons de ne pouvoir imprimer en lettres d'or : « Un adage vulgaire nous apprend que l'homme vit par ce qu'il digère et non par ce qu'il mange. De même c'est le médicament absorbé, non le médicament ingéré qui opère la guérison. Or, si une molécule mercurielle réduite par la sécrétion laiteuse à l'état de combinaison la plus propice à son action médicatrice, déposée dans l'excipient le plus conforme aux conditions spéciales qu'offre le nourrisson, arrivant incessamment dans son estomac, y parvient sous une forme et aux moments où son passage dans le système absorbant est assuré; si, de plus, cette molécule (les faits le prouvent) suffit à le guérir...., au nom de quelle science voudriez-vous comparer ses effets à ceux de la particule d'un sel que vous lui faites, deux fois par jour, avaler à contre-cœur, sans même savoir s'il ne sera pas immédiatement rejeté intact par les selles? » — Et surtout avec la chance de provoquer un entérite laquelle, d'après l'observation très-exacte de M. Cullerier, fait périr tant de nouveau-nés soumis directement à l'ingestion des préparations mercurielles.

L'important volume publié par M. Langlebert, édité avec grand soin par M. Savy, se termine par une notice bibliographique dans laquelle sont indiqués les principaux ouvrages écrits sur les maladies vénériennes depuis le xve siècle jusqu'à nous. Cette notice chronologique, déjà passablement longue et minutieuse, gagnerait encore à être complétée ; c'est la meilleure réponse à opposer à certaines compétitions illicites et à toutes

les prétentions mal fondées sur les travaux d'autrui.

L'ouvrage que nous venons d'analyser sommairement dans quelques-unes de ses parties, est une bonne fortune pour la science. Bien différent de ces productions que la nouveauté d'un système met un moment en vogue et que d'autres systèmes font bien vite oublier, son succès sera moins éphémère. Ses racines vivaces plongent dans la tradition. C'est d'ailleurs un guide fidèle pour la pratique. A part quelques réminiscences hypothétiques tirées de la doctrine de l'empoisonnement huntérien desquelles les meilleurs esprits de notre temps ne savent point assez se défendre, on n'y trouve ni paradoxes bizarres, ni formules apocryphes, ni anecdotes saugrenues, ni turlutaines de mauvais goût, ornements familiers de certaines élucubrations syphilographiques. Écrit d'un style clair, élégant et alerte, il sera lu avec non moins de charme que de profit.

Pour nous, en voyant se dégager « plus fort et plus vivant que jamais » de l'argumentation incisive et décisive de M. Édmond Langlebert,—ainsi que de la thèse de M. Gonnard,— le principe de l'unité de la syphilis — que nous avions nous-même entrepris de défendre, — plus d'une fois, au plus fort de notre travail, et au milieu de notre livre, nous avons laissé tomber la plume avec découragement. Qu'était-il besoin désormais de recommencer la tâche si bien accomplie? Le but n'était-il point suffisamment atteint? Si nous l'avons néanmoins poursuivi à notre tour avec persévérance, c'est que la constitution de l'unité de la maladie n'occupait, après tout, qu'une partie de notre mission et que la diversité de ses formes en est surtout le point de mire particulier. Et il nous paraissait non moins nécessaire de réduire à leur juste valeur les oppositions systématiques des unitéistes que

les prétentions exagérées des dualistes. Toutefois, parmi les premiers, M. Langlebert n'est point sans faire quelques concessions à ses adversaires. Le sous-titre de son livre le démontre assez (1). Et son dernier travail — qui nous parvient, au moment de terminer cette revue et dont nous ne pouvons nous dispenser de dire quelques mots, — en est un témoignage de plus.

VIII

UNICISME ET DUALISME CHANCREUX. *Nouvelle théorie physiologique et rationnelle des divers modes d'action du virus syphilitique.* Communication faite à la Société médicale du Panthéon dans la séance du 5 octobre 1864 (2).

Dans cette petite brochure toute récente, le même auteur accorde à la *graine*, — c'est-à-dire aux qualités du virus — une portée plus grande dans la diversité des manifestations et des transmissions de la syphilis. Et par là, il fait un pas de plus en dehors des errements suivis par les unitéistes qui placent l'exclusive raison de cette diversité dans la seule différence du *terrain* ou de l'idiosynorasie. Mais au lieu de voir, avec les dualistes, dans le chancre simple et le chancre dit infectant, deux espèces nosologiques distinctes, n'ayant rien de commun, ni dans leur origine, ni dans leur nature, il affirme non moins fort que tous deux, au contraire, dérivent d'un même principe virulent modifié seulement dans ses qualités organiques ou moléculaires. Ce principe est-il constitué par du *pus?* il produira le chancre simple, la syphilis locale. Est-il formé par la *sérosité*, il donnera naissance, si aucune influence anté-

(1) Peut-être même ce sous-titre laisse-t-il préjuger une ligne de démarcation nosologique plus profonde qu'il ne convient entre le chancre et la syphilis.

(2) In-8 de 32 pages, chez Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine. Paris.

rieure du sujet ne s'y oppose, au chancre infectant, à la syphilis constitutionnelle.

Les conclusions de ce mémoire sont les suivantes :

« I. Il n'existe qu'un seul virus vénérien, chancreux ou syphilitique, dont les véhicules ordinaires sont le pus et la sérosité.

« II. Le chancre simple est le résultat de l'action isolée des globules du pus syphilitique sur un individu sain ou diathésé.

« III. Le chancre infectant est le produit soit de l'action isolée de la sérosité syphilitique, soit de l'action combinée des globules purulents et de la sérosité sur un individu non diathésé.

« IV. Quand le chancre infectant résulte de l'action isolée de la sérosité, il ne se développe que d'une manière lente et sous la forme d'une érosion papuleuse plus ou moins indurée (*érosion chancreuse* ou *chancriforme*, de MM. Bassereau et Diday; *pseudo-chancre* induré, de M. Auzias-Turenne; *érosion superficielle* ou *chancre papuleux* de l'auteur).

« V. Quand le chancre infectant est la conséquence de l'action combinée du pus et de la sérosité syphilitiques, il se produit rapidement, prend d'abord tous les caractères d'un chancre simple qui, plus tard, s'indure sous l'influence de la diathèse, et constitue alors le chancre huntérien, *vrai chancre induré*, de MM. Diday et Auzias-Turenne; *chancre mulet* dit *chancre mixte*, de M. Rollet).

« VI. La sécrétion séro-purulente d'un chancre infectant ou du chancre mou des sujets syphilitiques (*chancroïde*) (1) peut n'engendrer sur un individu sain qu'un chancre simple, soit que la sérosité n'existe dans le mélange qu'en trop petite proportion pour infecter l'économie, soit que son absorption trouve un obstacle dans la réaction inflammatoire qu'excite le pus en excès. »

En deux mots, suivant l'auteur, c'est le *pus qui fait le chancre* et la *sérosïté qui infecte;* l'un de ces éléments pouvant d'ailleurs annihiler l'action de l'autre. — Nous devons nous borner ici à donner acte à M. Langlebert de ses conclusions. Le moment n'est pas venu de les discuter. Les faits par lui invoqués ne sauraient constituer encore que des présomptions très-insuffisantes ; ils doivent subir l'épreuve de la contradiction et attendre

(1) De MM. Maratray et Clerc.

la sanction d'une plus complète expérience. Dans cette théorie nouvelle pour expliquer la diversité des phénomènes de la contagion syphilitique et les lois de sa transmission ordinaire, à côté de vues sans doute ingénieuses et, sous quelques rapports, assez vraisemblables, il y a plus d'un recours à l'hypothèse et plus d'une préoccupation systématique. Il ne nous répugne nullement d'admettre que les types naturels de la syphilis, — qui tiennent, selon nous, à l'essence même de la maladie et impriment leur cachet à la plupart de ses symptômes, — se reflètent jusque dans la constitution des agents chargés de sa transmission. C'est là précisément notre doctrine. Mais nous croyons que le voile soulevé par M. Langlebert ne révèle pas encore les derniers mystères de cette importante contagion.

Nous ne saurions accepter d'ailleurs dans sa rigueur obligée l'antithèse qui est l'objet du débat entre les dualistes et les unitéistes. Non, quelle que soit l'importance de la question ainsi posée, la syphilis ne se résume point dans la dichotomie artificielle d'une forme infectante et d'une forme non infectante. Les manifestations endémo-épidémiques et héréditaires constituent encore d'autres types distincts. Surtout l'on oublie trop l'ulcère phagédénique ou malin, sous le prétexte fallacieux qu'il ne signifie qu'une déviation toute accidentelle des symptômes ordinaires. Il est vrai que le phagédénisme peut n'être qu'un accident du chancre simple et aussi — quoique plus rarement — du chancre confirmé; mais, dans beaucoup de cas, il ne laisse pas que de représenter le caractère essentiel et univoque de la maladie, l'un de ses prototypes les plus originaux et les plus certains.

Ainsi, dans les fièvres continues, à type rémittent, — connues par les modernes sous le nom de typhoïdes,

— les épistaxis, les ecchymoses, les hémorrhagies intestinales peuvent se rencontrer — à titre de symptôme accidentel — dans toutes les formes les plus variées de la maladie; mais cela n'empêche point qu'il n'existe, parmi ces dernières, un type plus particulier, caractérisé surtout par la présence, la multiplicité et la gravité des exsudations sanguines dont ces phénomènes deviennent alors l'un des attributs essentiels: c'est la forme hémorrhagique. De même, dans la syphilis, à côté du phagédénisme accidentel, se distingue la forme essentiellement phagédénique.

Est-ce bien un accident dépendant d'un vice de la constitution que cette lésion si uniformément caractéristique, se rencontrant avec toutes les idiosyncrasies, et non-seulement au milieu des conditions hypersthéniques ou hyposthéniques les plus opposées, mais, — nous en avons donné des exemples, — sur les sujets les plus sains et les plus robustes? Est-ce bien, d'un autre côté, un fait purement local que cet ulcère sordide, nomade, reptant, serpigineux, chronique, toujours virulent et inoculable, qui ronge les tissus avec acharnement, pendant des mois et des années, défiant les stratégies les plus intelligentes de la science, les ressources les plus énergiques de l'art, minant la constitution, entraînant parfois même la cachexie et la mort?

On nous dit qu'il ne se transmet pas dans sa forme. Complication accidentelle et — relativement — éphémère, il en est heureusement ainsi. Caractère dominant et essentiel, il rentre dans les lois ordinaires de la transmission des formes syphilitiques acquises. On peut en appeler au témoignage de B. Bell et aux souvenirs de M. Ricord.

Il faut donc voir la syphilis dans toutes ses formes

pour la bien connaître et démasquer la contagion sous tous ses aspects, pour mieux lui livrer combat.

Résumons, en quelques mots, pour terminer avec fruit cette trop longue revue, quelques-unes des propositions les plus radicales qu'il nous importe d'établir.

Avec les autres maladies de l'ordre constitutionnel, — goutte, rhumatisme, dartre, scrofule, — la syphilis peut être considérée, par analogie, comme un *genre* décomposable en prototypes distincts.

Chacun de ces prototypes naturels représente, en apparence, — et toujours au point de vue analogique, — tant par ses caractères objectifs et ses évolutions diverses que par ses attributs contagieux et sa transmission habituelle, une *espèce* différente; mais, en réalité, l'échange possible et fréquent de ces caractères et de ces attributs et la prédominance de la grande loi philosophique de l'espèce, — celle de la commune génération, — ramènent nécessairement ces prototypes à l'unité, comme autant de *formes* distinctes de la même maladie.

En l'état ordinaire et sporadique, les formes *acquises* par la contagion immédiate — qui seules nous occupent ici, — sont au nombre de trois, et figurées dans leur lésion primordiale caractéristique, — qui est le *chancre :*

La syphilis bénigne par le chancre *simple* ou bénin.
— maligne — *rongeur* ou phagédénique.
— confirmée — *confirmé* ou plastique.

Chacune de ces lésions chancreuses transmet habituellement, mais non sans de nombreuses exceptions, sa contagion spéciale *sous sa forme distincte.*

Il n'est point démontré jusqu'ici que ces exceptions, puissent être rapportées généralement soit à l'*hybridité*, soit au *dédoublement* des éléments contagieux.

Le chancre simple et le chancre rongeur possèdent pendant toute leur durée une capacité contagieuse énergique bornée toutefois à leur sphère virulente ; au contraire, la contagion moins active de la syphilis confirmée, au lieu d'être concentrée seulement dans son noyau primitif, plus diffuse, se répand et se multiplie dans ses foyers morbides secondaires et se tient en puissance dans les fluides nourriciers et les humeurs coagulables de l'économie : auquel cas, son efficacité décroît en raison directe de l'ancienneté des évolutions de la maladie, pour disparaître dans ses dernière phases plus ou moins complétement.

Les *indications curatives* varient avec les formes de la syphilis. De règle générale pour tout chancre, la cautérisation doit se pratiquer plus particulièrement — avec l'acide nitrique, pour le chancre bénin, — avec le fer rouge pour le chancre rongeur, — avec un agent cathérétique (la sabine par exemple) pour le chancre confirmé.

Superflu dans les premiers cas, le traitement interne a plutôt pour indication — l'arsenic dans la forme phagédénique (1), — et, pour la forme confirmée, le mercure dans les périodes éruptives, auquel succède avec avantage l'iodure de potassium dans les périodes organiques. Néanmoins, dans cette dernière forme si compliquée par la variété de ses évolutions et de son intensité, à côté du mercure, le praticien consultera encore avec profit non-seulement chacun de ses composés si nombreux et ses divers modes d'administration, mais encore les sels d'or et d'argent, l'arsenic, le soufre, l'iode,

(1) L'action générale de l'arsenic doit être complétée ici par son emploi topique. D'après notre expérience, mélangée dans la proportion d'un centième avec la poudre d'amidon, l'acide arsénieux est, après le cautère actuel, ou, pour mieux dire, traditionnel, l'un des modificateurs les moins infidèles de l'état phagédénique.

l'acide nitrique, l'antimoine, le bromure de potassium, le gayac, le mézéréum, suivant l'indication particulière de ces substances. En tous cas, il veillera avec soin, soit par l'atténuation, soit par l'éloignement des doses, à ne jamais provoquer de phénomènes pathogénétiques inutiles et importuns au but qu'il poursuit.

Ce ne sont pas les armes qui manquent dans l'arsenal thérapeutique. En toutes choses, de notre seule ignorance provient notre peu de foi. « Nos doutes sont des traîtres, — dit Shakespeare, — et nous font perdre le bien que nous pourrions obtenir, en nous ôtant le courage de le tenter. »

O grand poëte, vous avez raison !

JULES DAVASSE.

MÉDECINE PRATIQUE

CAUSERIES CLINIQUES

SUITE (1)

VI

TRAITEMENT MÉDICAL DU STRABISME CHRONIQUE.

Depuis que Diffenbach, Bonnet (de Lyon) et M. le Dr Jules Guérin ont vulgarisé la section des muscles moteurs de l'œil, pour détruire le strabisme, on est généralement disposé à croire qu'une opération seule peut faire disparaître cette infirmité. Cela est vrai, quand elle est produite par des adhérences ou le raccourcissement organique des muscles de l'œil. Mais cela n'est plus vrai, quand elle est symptomatique de diverses maladies, telles que la chorée, la maladie

(1) Voy. *Art médical*, janvier 1865.

vermineuse, le rhumatisme, la contracture essentielle, la syphilis et la paralysie de la troisième ou de la sixième paire. Il suffit alors de traiter ces dernières maladies pour guérir le strabisme. Et je n'avance pas ici une assertion gratuite, car je vais la démontrer à l'aide de douze observations cliniques.

Ces observations prouveront en outre que, lorsqu'on aura un diagnostic plus précis et une connaissance plus complète de la matière médicale, on pourra restreindre le domaine de la chirurgie aujourd'hui si envahissante, et faire rentrer bien des états morbides dans le ressort de la médecine. Alors, au lieu de guérir par des opérations manuelles, on guérira par des opérations médicamenteuses. Et, par là, l'art imitera bien mieux les procédés curatifs de la nature médicatrice, qui guérit si souvent sans effusion de sang et opère alors, si j'ose le dire, par une sorte de méthode sous-cutanée.

Après avoir donc relaté douze succès et quatre insuccès dans le traitement médical du strabisme, j'essayerai de poser les indications différentielles de onze médicaments contre cette affection.

Afin d'exposer sous les yeux du lecteur, dans ce même article, tous les cas de strabisme qui ont été, à ma connaissance, guéris par des remèdes, je reproduirai d'abord une observation clinique que j'avais déjà publiée dans les journaux homœopathiques; puis je la ferai suivre de celles que j'ai trouvées dans la littérature médicale.

DOUZE CAS DE STRABISME GUÉRIS PAR DES MÉDICAMENTS.

Ire OBSERVATION.

Strabisme interne de l'œil droit, symptomatique de la chorée, guéri par la jusquiame, après avoir duré huit ans.

Marie Mas, de Saint-Priest, près Lyon (Isère), âgée de 12 ans, tempérament lymphatique, tissu cellulaire adipeux abondant, cheveux blonds,

peau blanche, parsemée de quelques traces de lentigo; santé habituelle bonne.

A l'âge de 2 ans elle eut deux accès d'éclampsie, qui ont duré chacun dix à vingt minutes.

A l'âge de 4 ans, jouant avec un flacon, elle tomba, le flacon se brisa et lui fit une coupure à la main; elle courut aussitôt en criant vers sa mère. Depuis ce moment on remarqua que l'œil droit louchait très-fort en dedans.

Comme la mère n'était pas présente à la chute de l'enfant, on peut se demander si, à ce moment, celle-ci n'éprouva pas un troisième accès d'éclampsie.

Quand j'examinai cette jeune fille pour la première fois, voici ce que j'observai :

L'œil droit louchait si fortement en dedans, que la moitié juste de la pupille du globe oculaire disparaissait derrière le nez.

Le muscle droit interne, habituellement raccourci par une convulsion *clonique*, était quelquefois agité par de *très-légers* et *très-rares* mouvements *cloniques*.

Dans ce cas, les mouvements cloniques me porteraient à diagnostiquer une chorée localisée sur le muscle *droit interne* plutôt qu'une contraction *essentielle* de ce même muscle.

Juillet 1850. Je donnai à la jeune fille *sulfur*, 30ᵉ dilution, à prendre pendant huit jours, 3 fois par jour, et lui recommandai de venir me voir au bout d'un mois.

Août. Sulfur n'ayant produit aucun changement, je lui donne *hyoscyamus*, 3ᵉ dilution, à prendre également 24 fois en huit jours.

Septembre 1850. Un mois après je revois la jeune fille complétement guérie de son strabisme, qui avait duré huit ans.

Quelques mois plus tard, le strabisme récidiva à deux ou trois reprises, mais si faiblement, que l'œil droit ne louchait que le quart ou le cinquième de ce qu'il louchait antérieurement.

Hyoscyamus, 3ᵉ dilution, administré à chaque récidive, fit de nouveau disparaître le strabisme complétement et pour toujours.

Cette cure, dont furent témoins tous les habitants du village, fut constatée par M. Cartier, le médecin de la localité, lequel pourtant me fit cette objection :

Cette jeune fille ne louche plus, c'est vrai; mais je ne suis pas disposé à attribuer sa guérison à la *jusquiame*, mais bien plutôt à la révolution physiologique que la menstruation amène habituellement à son âge, à 12 ans.

Vous aurez raison, lui répliquai-je, si ses règles paraissent prochainement, dans le courant de l'année; sinon, non.

Cette jeune fille, guérie de son strabisme à 12 ans, n'a vu apparaître ses règles qu'à l'âge de 17 ans, c'est-à-dire cinq ans après la cure, ce qui prouve péremptoirement que celle-ci doit être attribuée uniquement à la *jusquiame*.

Cette jeune fille, actuellement âgée de 27 ans, a les deux yeux dans l'axe visuel le plus normal, à tel point, qu'on ne saurait dire de quel œil elle a louché pendant si longtemps.

Elle a eu, il y a neuf ans (juillet-août 1856), une fièvre typhoïde, forme commune grave, durée quatre septénaires, qui n'a rien changé à l'état des choses.

IIe Obervation.

Strabisme convergent de l'œil droit, symptomatique du rhumatisme, partiellement guéri par la JUSQUIAME, *après avoir duré huit mois.*

« M. N. N.., adulte, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une faible constitution, employé dans un bureau, fut atteint, au mois de janvier 1860, de diplopie avec strabisme de l'œil droit. Cette affection augmenta graduellement, quoique lentement, et au mois d'octobre suivant le malade vint nous consulter. Il n'avait encore fait usage d'aucun traitement. Voici quels étaient ses antécédents morbides : à l'âge de 16 ans environ il contracta une affection syphilitique, dont il paraît avoir été guéri par les mercuriaux; il souffrait aussi d'un rhumatisme nerveux, mobile, sans gravité, et seulement à certaines époques.

« Ce rhumatisme était héréditaire, et il avait cherché à s'en débarrasser en prenant les eaux minérales de Trillo, qui, à différentes reprises, lui avaient donné d'heureux résultats; mais, en 1859, ces eaux, loin de l'améliorer comme les autres fois, exaspérèrent les douleurs, en les rendant plus fréquentes et plus fortes.

« Dans le courant de janvier 1860, il ressentit dans le bras droit une douleur d'un caractère exclusivement nerveux; elle disparaissait spontanément en laissant après elle une grande faiblesse dans les articulations, surtout celle du poignet, avec fourmillement et engourdissement de la main. Alors la vue commença à s'obscurcir, les objets semblaient être entourés d'un nuage; peu après, ils lui semblèrent doubles et plus volumineux qu'ils n'étaient réellement. Lorsqu'il fermait l'œil droit, aucun de ces phénomènes n'avait lieu; mais ils reparaissaient aussitôt qu'il ouvrait l'œil droit, l'œil gauche étant ouvert ou fermé indistinctement.

« Le malade se plaignait aussi d'une douleur tractive et pressive dans tout le globe de l'œil, au sourcil et au front du même côté ; il avait observé en outre que l'œil droit ne conservait plus sa position normale, mais qu'il se portait vers l'angle interne. Le strabisme convergent était si prononcé, que presque la moitié de la cornée se trouvait cachée, et que le malade, par les seuls efforts de sa volonté, n'aurait pu maintenir le globe de l'œil dans cette position forcée. Tel était l'état du malade, lorsqu'il vint nous consulter, en octobre 1861, au sujet de cette affection qui était plus gênante que douloureuse. »

« D'après l'ordre dans lequel se sont succédé les phénomènes que nous avons décrits, nous avons conclu que le rhumatisme était l'élément primordial, et que sous cette influence, soit par métastase ou par tout autre mode d'explication, il s'était formé un état fluxionnaire en un point circonscrit du cerveau et par suite une congestion avec paralysie des nerfs de la sixième paire.

« En effet, l'exactitude de notre diagnostic se trouvait démontrée par la douleur rhumatismale dans le bras droit au début, par la faiblesse qui survint ensuite dans les articulations, par le fourmillement et l'engourdissement dans la main droite, ainsi que par la diplopie et le strabisme unioculaires, les phénomènes optiques persistant lorsque le malade fermait l'œil gauche, et enfin par la douleur dans le globe de l'œil et le sourcil du côté droit. Quoiqu'il arrive ordinairement que cette affection disparaisse spontanément au bout de quelques semaines, elle durait encore au bout de *huit mois* chez le sujet auquel se rapporte cette observation; heureusement il ne survint aucun symptôme d'amblyopie ni d'amaurose, comme cela était à craindre.

« Le médicament qui nous parut le plus convenable fut *hyosciamus*. Dans sa pathogénésie se trouvent, en effet, la diplopie, le strabisme, la douleur pressive au front, et ce symptôme : que les objets paraissent plus grands qu'ils ne le sont réellement. Nous fîmes prendre trois globules de la 30e dilution. Huit jours après, notre malade vint nous voir pour la seconde fois. La seule amélioration qu'il éprouvait était qu'il ne voyait plus les objets comme entourés d'un nuage. Nouvelle dose du même médicament. A quinze jours de là, il se trouva dans un état très-satisfaisant; la diplopie avait disparu, la vision était naturelle, et le strabisme, quoique existant encore, était beaucoup moins prononcé ; il n'y avait plus de douleur dans le sourcil et le globe de l'œil du côté droit ; enfin les symptômes des articulations du bras et de la main droite avaient beaucoup diminué.

« Le malade suspendit la médication pendant quelques jours, d'après

nos conseils ; mais, comme il subsistait encore des traces de la maladie, nous prescrivîmes une dose du même médicament à la 200e dilution, en recommandant à M. N. N... de revenir nous voir dans vingt jours. Lorsque nous l'avons revu, après qu'il eut pris cette troisième dose de *hyosciamus*, il ne restait que le strabisme, qui diminuait quoique lentement. Quinze jours après, il survint une douleur rhumatismale dans les muscles du bras droit, et le malade étant venu nous consulter de nouveau à ce sujet, nous pûmes constater que non-seulement la diplopie ne s'était pas reproduite, mais qu'il n'y avait plus de strabisme.

« L'apparition de cette douleur rhumatismale, qui avait principalement son siége dans le muscle deltoïde, nous fit penser que l'affection reprenait sa forme primitive, et qu'il fallait la traiter avec beaucoup de précaution.

« Nous avons recommandé au malade de prendre tous les soins nécessaires pour éviter une métastase, et nous lui avons fait prendre trois globules de la 30e dilution de *bryonia*, dans 5 onces d'eau, deux cuillerées par jour.

« La douleur diminua promptement, et trois jours après le malade ne la sentait plus du tout, quoiqu'il ne fût survenu aucun phénomène morbide. Depuis lors, il n'a rien éprouvé que quelques douleurs vagues, nerveuses, seulement de loin en loin ; mais il en était peu incommodé, et il se retrouva dans l'état où il était avant l'apparition de l'affection de la vue. » (Dr A. Garcia Lopez.— *El Criterio medico*, n° 4, 25 février 1862. — Traduction du Dr V. Chancherel dans le *Bulletin de la Société homœopathique de France*, 1862, t. III, p. 27.)

Si, après avoir donné *hyoscyamus* 30 et 200 avec un succès partiel, notre confrère espagnol avait prescrit le même remède à basse dilution ou en teinture mère, peut-être aurait-il obtenu une guérison et plus rapide et plus complète.

IIIe Observation.

Strabisme de l'œil gauche, symptomatique de la maladie vermineuse, guéri par CINA *après avoir duré plusieurs semaines.*

Une jeune fille de 8 ans avait, depuis plusieurs semaines, une forte disposition à loucher de l'œil gauche ; aussi lui appliquait-on un bandeau sur l'œil droit afin qu'elle s'exerçât à regarder successivement avec chaque œil. Elle était pâle, avait un aspect maladif, les yeux entourés d'un cer-

cle bleu. Elle se plaignait souvent de coliques dans la région ombilicale. Apparence laiteuse de l'urine; besoin d'uriner plus fréquent qu'à l'ordinaire. Elle se gratte le nez fort souvent; le nez laisse écouler incessamment des mucosités liquides; disposition continuelle à tousser pour expectorer bruyamment des mucosités; selles molles et fréquentes.

Prescription : *Cina*, une goutte matin et soir. Au bout de huit jours, guérison du strabisme et de quelques symptômes morbides. *Sulfur* 12 fit disparaître tous ceux qui restaient. (D[r] Hirsch, *Hirchel's neue Zeitschrift*, 2, 6.)

IV[e] Observation.

Strabisme depuis un an, symptomatique de la maladie vermineuse, guéri par CINA.

Une jeune fille de 4 ans louchait depuis un an, certains jours plus que d'autres. Elle prit *Cina* I, huit à dix globules, matin et soir, pendant 14 jours; elle en éprouva de l'amélioration. Elle prit ensuite une dose de *sulfur* 12 et, de nouveau, *cina* pendant 14 jours, ce qui compléta la guérison. (*Id. id.*)

V[e] Observation.

Strabisme symptomatique de la maladie vermineuse, guéri par SPIGELIA.

Un petit garçon de 4 ans, d'un teint florissant, toujours gai et bien portant, se plaignait seulement de fréquentes démangeaisons à l'anus. Depuis quelques jours, il commençait à loucher, et le strabisme augmentait de plus en plus. Cet enfant prit *spigelia* 3, 8 à 10 globules 3 fois par jour. Au bout de 4 jours, amélioration du strabisme; au bout de 14 jours, guérison complète. (*Id. id.*, 2, 5.)

VI[e] Observation.

Strabisme convergent de l'œil gauche, symptomatique (?) *de la maladie vermineuse, guéri par* CYCLAMEN.

Une jeune fille de 3 ans, bien portante, avait un strabisme convergent de l'œil gauche. Elle prit *cyclamen* tous les deux jours. Au bout de 14 jours, le strabisme était à peine apparent. (*Rueckert's Klinische Erfahrungen*, V, 141.)

Comme le *cyclamen* est un vermifuge, il est probable que le strabisme, qu'il a guéri, était symptomatique de la maladie vermineuse.

VIIe Observation.

Strabisme des deux yeux, datant de la première enfance, partiellement guéri par ALUMINA.

« Le fils de F. A., âgé de 10 ans, louchait des deux yeux depuis sa première enfance. L'œil droit avait la pupille très-dilatée et ne pouvait apercevoir que les objets rapprochés. Il y avait aux mains une éruption de pityriasis. L'enfant prit *alumina* 30, qui produisit une grande amélioration; cependant le strabisme ne disparut pas complétement. Peut-être aurait-il fallu employer le remède plus longtemps ? » (Dr J.-H. Weber. *Allgemeine Hom. Zeitung*, t. XLI, p. 99.)

VIIIe Observation.

Strabisme externe, symptomatique de la paralysie de la troisième paire, guéri par le PHOSPHORE.

M. le Dr Tavignot dit avoir guéri avec le phosphore plusieurs cas de paralysie, soit de la troisième paire, soit de la sixième paire.

« Cette médication, écrit-il, consiste à prescrire le phosphore à l'intérieur et à l'extérieur en frictions circumorbitaires.

« A l'extérieur, voici la formule du liniment dont on use tous les soirs en se servant d'un morceau de flanelle qui est ensuite dédoublée et fixée pendant toute la nuit sur le front.

« Pr.	Huile de noix.	100 grammes.
	Naphthe.	20 —
	Phosphore.	0,20 centigrammes.

« A l'intérieur, je fais usage de pilules préparées avec de l'axonge dans laquelle on fait fondre le phosphore. Chaque pilule contient 2 milligrammes de phosphore, et je commence par une pilule par jour, en allant progressivement jusqu'à trois.

« Dans ces derniers temps, toutefois, j'ai suivi le conseil de mon savant ami le Dr Ducom, pharmacien en chef de Lariboisière, et j'ai substitué l'émulsion suivante :

« *Pr.*	Huile d'amandes douces. . .	10 grammes.
	Sirop de gomme.	90
	Gomme.	2
	Phosphore.	0,10 centigrammes.

« On recommande d'agiter chaque fois le flacon, et on fait prendre au malade une cuillerée à café par jour de cette potion, puis deux et même trois. »

Pour prouver l'efficacité du phosphore, M. le Dr Tavignot cite les deux exemples de guérison suivants :

« Dans le premier cas, dit-il, il s'agit de la femme d'un tapissier qui m'avait été adressée par le Dr Huvée. La paralysie de la troisième paire était complète : ptosie, *strabisme externe*, mydriase, etc. Depuis deux mois l'électricité avait été mise en usage par un autre confrère sans résultat marqué; en vingt-cinq jours cette dame fut guérie sous l'influence de la médication phosphorique. »

IXe OBSERVATION.

Strabisme interne de l'œil droit, symptomatique de la paralysie de la sixième paire, guéri par le PHOSPHORE.

« Le second cas, ajoute M. le Dr Tavignot, est encore plus intéressant à un autre point de vue.

« Un riche propriétaire de la province vient à Paris, se mettre entre les mains d'un spécialiste, pour être guéri de pertes séminales déjà anciennes. Le traitement n'était pas encore commencé que le malade est pris d'une paralysie de la sixième paire des nerfs de l'œil droit. Ce spécialiste m'adresse son malade que je guéris, en huit à dix jours, par le phosphore. Je me fais, dès lors, un devoir de renvoyer ce malade à sos premier médecin; mais le malade avoue, à ma grande surprise, que, sous l'influence de la médication phosphorée, il était complétement guéri de ses pertes séminales. (Dr Tavignot. — *Moniteur des hôpitaux,* 1858, p. 1022.)

Je vais relater, ci-après, l'histoire de trois malades, chez lesquels, probablement, une périostose syphilitique, placée sur le trajet du nerf oculo-moteur externe d'un œil, avait comprimé, paralysé ce nerf, et conséquemment produit un strabisme convergent, chaque fois guéri par l'iodure de potassium.

M. le Dr Beyran a consigné ces trois observations dans un mémoire lu, le 21 février 1860, à l'Académie de Médecine de Paris, et publié, depuis, sous le titre de : *Paralysie syphilitique du nerf moteur externe de l'œil* (*sixième paire*), in-8° de 31 pages.

Dr GALLAVARDIN,
de Lyon.

— La suite au prochain numéro. —

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances du 21 avril 1863 et des 12 et 19 avril; 3, 10, 24 et 31 mai; 7, 14 et 21 juin; 5 et 12 juillet 1864. — Compte rendu du Rapport de M. Gavarret sur les APPAREILS ET EXPÉRIENCES CARDIOGRAPHIQUES de MM. Chauveau et Marey, destinés à donner une démonstration nouvelle du mécanisme des mouvements du cœur. — Compte rendu de la Discussion dont ce rapport a été l'occasion pour M. Beau d'abord, et ensuite pour MM. Barth, Béclard, Bouillaud, Parchappe et Gavarret.

— 1er ARTICLE —

I

ÉTAT DE LA QUESTION. — RAPPORT DE M. GAVARRET.

Depuis longtemps déjà l'un des rédacteurs de ce journal (1) a dit quelques mots des résultats auxquels le cardiographe avait conduit MM. Chauveau et Marey. Nous revenons sur cette question à cause de l'intérêt qu'elle a suscité et qu'elle suscite encore parmi les médecins.

Si nous avons attendu jusqu'à ce jour pour reprendre ce sujet, c'est parce que nous avons voulu aborder du même coup les questions les plus importantes qu'ont fait soulever, à l'Académie de médecine, les conclusions auxquelles avait conduit l'interprétation des tracés cardiographiques de MM. Chauveau et Marey.

On n'a pas oublié que ces auteurs avaient soumis à l'Institut (7 octobre 1861) un premier tracé, accompagné d'une note explicative qui suscita de la part de M. Beau quelques réclamations. Ces réclamations parurent fondées à MM. Chauveau et Marey; elles devinrent pour eux l'occasion de nouvelles expériences sur le cheval. Ces expériences furent faites avec un cardiographe plus sensible que le premier et elles eurent pour résultat de donner lieu à un tracé qui fut encore envoyé à l'Institut avec l'interprétation des physiologistes dont nous avons parlé (6 janvier 1862).

Après quoi, MM. Chauveau et Marey saisirent l'Académie de médecine (avril 1863) d'un travail intitulé : *Appareils et expériences cardiogra-*

(1) M. Frédault, *Art médical*, t. XVIII, p. 132-133. In-8; Paris, 1863.

phiques. Démonstration nouvelle du mécanisme des mouvements du cœur par l'emploi des instruments enregistreurs à indications continues (1).

Dans ce travail figurait un troisième tracé.

L'Académie nomma une commission chargée d'apprécier le mémoire qui lui était présenté. Cette commission était composée de MM. Bouillaud, Grisolle, Béclard et Gavarret.

Ce dernier fut désigné pour faire le rapport.

MM. Béclard et Bouillaud avaient étudié la question qui leur était soumise, ils l'avaient traitée avec plus ou moins d'étendue dans des ouvrages spéciaux, et ils avaient émis par cela même des opinions qu'à la rigueur ils étaient intéressés à défendre. M. Gavarret, au contraire, n'avait rien publié sur ce sujet, il n'avait donc rien à sacrifier, rien à maintenir.

Mais ni M. Gavarret, ni ses collègues, ne voulurent faire un pas, sans avoir préalablement été témoins des expériences sur le résultat desquelles ils avaient à se prononcer (2). Ils se mirent à l'œuvre et confirmèrent ce qu'avaient avancé MM. Chauveau et Marey. Les conclusions consignées dans leur travail furent trouvées justes. M. Gavarret les reproduisit au nom de la commission tout entière et il traita avec une incontestable supériorité, et avec une remarquable logique, la question des mouvements du cœur sur laquelle les belles expériences de MM. Chauveau et Marey jetaient une vive lumière.

M. Gavarret n'avait fait aucune allusion, dans son rapport, aux opinions professées par M. Beau sur le sujet qui venait de l'occuper.

Toutefois, les conclusions qu'il avait déduites de ce qu'il avait vu, apportaient implicitement avec elles la condamnation de celles que M. Beau défend depuis près de trente ans.

Ce médecin garda d'abord le silence. Mais il le rompit enfin (séance du 12 avril 1864), pour soutenir l'interprétation qu'il avait déjà donnée lui-même (3) du premier tracé cardiographique, in-

(1) Voyez ce travail dans les *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, t. XXVI, p. 268 à 319. In-4; Paris, 1863.

(2) La commission chargée par l'Institut impérial de France de faire un rapport : « *Sur deux Mémoires de MM. Chauveau et Marey, relatifs à l'étude des mouvements du cœur à l'aide d'un appareil enregistreur* », avait aussi voulu que les expériences fussent répétées devant elle, et *ces expériences avaient donné*, suivant le rapporteur, M. Milne Edwards, *les résultats les plus nets*. (Voyez les Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences, t. LIV. Séance du 28 avril 1862.)

(3) *Quelques réflexions sur le sphygmomètre cardiaque* de MM. Chauveau et Marey, dans : *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 et 19 décembre 1862.

terprétation qu'il avait fait servir à la confirmation de ses opinions.

La question s'élargit alors, elle prit une autre tournure.

M. Beau déclara qu'il acceptait le premier tracé qui était l'acte spontané du cardiographe, mais il récusa le deuxième tracé de l'Institut et le troisième tracé dit de l'Académie.

Le premier tracé était constitué par des ondulations régulières séparées, disait-il, par des lignes également régulières; le second était très-difficile à suivre et fatiguant à regarder, tellement les lignes en étaient troublées et tourmentées; le troisième différait des deux premiers en ce qu'il accusait seul la pression diastolique du sang dans les ventricules.

Partant de ces idées, M. Beau fit le procès au cardiographe lui-même, en tant qu'instrument d'une application parfois difficile, parfois susceptible d'induire en erreur, et puis il s'attacha à montrer la différence des trois tracés cardiographiques, en interprétant, à son tour, quelques-uns de leurs détails.

Avant les critiques de M. Beau, l'Académie avait donné son plein assentiment aux conclusions du rapport de M. Gavarret; après ses critiques, elle maintint encore son jugement sur ces conclusions; car, pas une voix ne s'éleva pour venir en aide à M. Beau. Au contraire, MM. Bouillaud, Béclard, Parchappe, Barth, prirent la parole, pour soutenir ce qu'on appelle l'ancienne théorie des mouvements du cœur, et tous firent servir les données fournies par les cardiographes à la confirmation de cette théorie.

M. Gavarret défendit par trois fois les conclusions de son rapport. Puis les Académiciens se séparèrent, sans que la discussion qui avait rempli tant de séances, eût modifié le moins du monde les opinions de M. Beau.

Mais cette discussion n'a pas été stérile pour cela. Elle a donné plus de crédit à ce que nous avaient appris déjà Harvey, Haller, etc.; et non-seulement elle a démontré la sagacité de ces grands observateurs, mais elle a montré que les cardiographes avaient fait faire un pas de plus à la physiologie du cœur. C'est ce qu'il s'agit de démontrer.

Qu'enseignait-on dans nos écoles touchant le rhythme des mouvements du cœur?

On enseignait :

1° Que la systole des oreillettes commence la série des mouvements du cœur;

2° Que cette systole est *immédiatement* suivie de celle des ventricules;

3° Que celle-ci elle-même est interrompue par la dilatation des ventricules qui se termine au moment précis où les oreillettes ont achevé leur contraction.

On enseignait encore la coïncidence de la systole ventriculaire avec le battement cardiaque, avec le premier bruit du cœur, *avec la dilatation des artères les plus voisines du cœur.*

Enfin, l'on faisait remarquer qu'un court silence suivait le premier bruit du cœur, qu'un silence plus long suivait le second bruit.

On avait vu la systole des oreillettes précéder d'un instant la systole des ventricules et on avait constaté le même fait à l'aide de deux doigts appliqués l'un sur l'oreillette, l'autre sur le ventricule.

On savait que le rhythme des bruits commence après celui des mouvements.

Il y avait accord à peu près complet sur tous ces points et, sauf quelques rares dissidents, on croyait posséder la connaissance du rhythme des mouvements et des bruits cardiaques.

Et c'est à ce moment que parut la première note de MM. Chauveau et Marey.

Qu'annonçait-elle?

Elle annonçait que le cardiographe donnait raison à l'auteur *de Motu cordis et sanguinis in animalibus* sur l'ordre de succession des mouvements du cœur. L'instrument ne pouvait pas être en défaut comme pouvaient l'être la vue et le toucher, il avait fait décrire au cœur lui-même l'ordre de ses mouvements, la force absolue et relative de chacun d'eux, et leur durée; la coïncidence de l'un de ces mouvements avec le battement ou la pulsation cardiaque, la durée absolue et relative du relâchement des parois de chacune des cavités du cœur, la succession et la durée réelle des dilatations, le nombre et la succession des silences, etc. etc.

Comment donc a-t-on procédé pour résoudre toutes ces questions?

On a fait usage d'un appareil à indications continues.

Qu'est-ce que cet appareil?

Réduit à sa plus simple expression, il est constitué par deux ampoules élastiques A B réunies par un tube long et flexible. (Voyez la figure 1.)

Le tout est clos et rempli d'air.



Fig. 1.

Pressez l'une des ampoules, l'autre prend aussitôt un développement proportionnel à la pression. Collez sur cette ampoule une arête de bois très-fine. Ayez ensuite un levier extrêmement léger qui porte une plume à l'une de ses extrémités. Faites tourner l'autre extrémité sur un axe horizontal fixé dans une châsse maintenue à la hauteur de l'arête dont nous venons de parler; placez cette arête sous le levier, un peu en avant de son axe, et vous aurez la partie principale d'un appareil enregistreur. (Voyez les figures 2 et 3.)

Appelez, avec MM. Chauveau et Marey, la première ampoule, *ampoule initiale*, et la seconde, *ampoule terminale ;* ou bien, appelez, avec M. Gavarret, la première ampoule, *ampoule exploratrice*, et la seconde, *ampoule indicatrice ;* peu importent les noms, pourvu qu'il y ait accord sur leur signification.

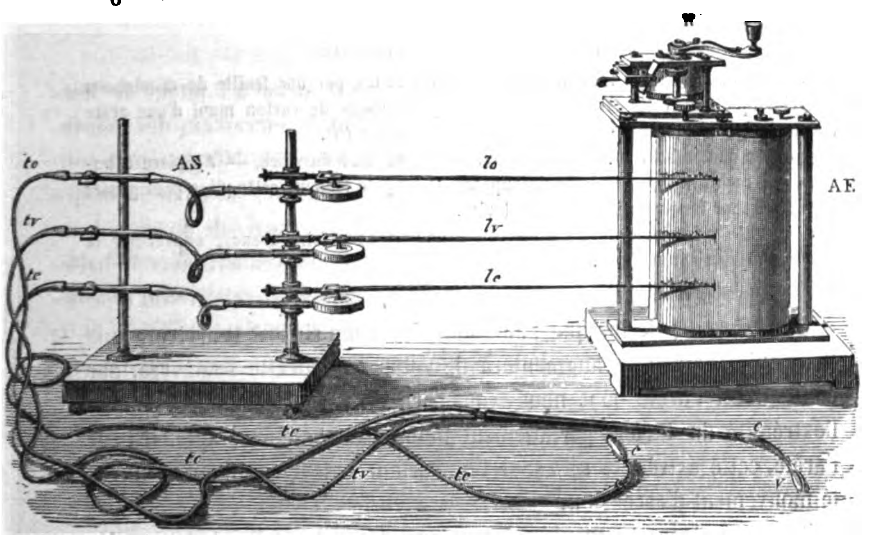


Fig. 2.

CARDIOGRAPHE RÉDUIT AU SIXIÈME DE SA GRANDEUR RÉELLE.

AE. *Appareil enregistreur* composé de deux cylindres verticaux, dont l'un, celui de droite, tourne à volonté dans tous les sens, dont l'autre, celui de gauche, porte supérieurement une roue dentée qui s'engraine avec un mouvement d'horlogerie H.

A mesure que tourne le cylindre de droite, la bande de papier qu'il porte se déroule et elle s'enroule en même temps sur le cylindre de gauche, lorsque l'appareil est mis en mouvement. Un petit cylindre intermédiaire aux deux cylindres précédents fait l'office d'une poulie de renvoi et soutient ainsi le papier.

AS. *Appareil sphymographique.* — *lo, lv, lc,* leviers destinés à écrire le choc précordial. (*lc*) les mouvements de l'oreillette (*lo*) et ceux du ventricule *lv.* — *to, tv, tc,* tubes remplis d'air terminés chacun par deux ampoules, dont l'une communique le mouvement aux leviers (ampoule terminale ou indicatrice) et dont l'autre *o, v, c* (ampoule initiale ou exploratrice) est destinée à transmettre les pressions diverses qu'elle éprouve.

c Ampoule destinée à recevoir le choc du cœur, et à le transmettre en refoulant l'air dans le tube *tc*, au levier *lc*.

v Ampoule destinée à recevoir les pressions intra-ventriculaires pour les transmettre, par l'intermédiaire du tube *tv*, au levier *lv*.

o Ampoule destinée à recevoir les pressions intra-auriculaires pour les transmettre, par l'intermédiaire du tube *to*, au levier *lo*.

De l'ampoule *v* part un tube de gomme flexible qui traverse l'ampoule *o* sans communiquer avec elle, et qui se continue à travers une grosse sonde, également de gomme, en gardant toujours son indépendance. Ce tube se continue avec le long tuyau *tv*.

L'ampoule *o* s'ouvre aussi dans la grosse sonde dont la cavité se continue à son tour avec le tuyau *to*.

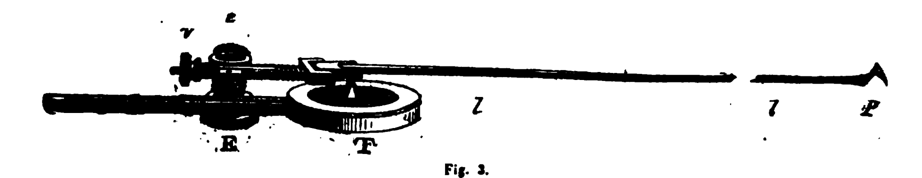


Fig. 3.

LEVIER ET AMPOULE TERMINALE.

T. Tambour métallique recouvert à sa face supérieure par une feuille de caoutchouc très-élastique. Sur cette feuille est collé un petit disque de carton muni d'une arête transversale. C'est sur cette arête que s'appuie le levier *llP*.

La caisse du tambour constitue l'ampoule terminale ou indicatrice. — *Ee* pièce tubulaire qui reçoit la tige verticale de support, le long de laquelle cette pièce peut glisser à volonté pour élever ou descendre le levier.

v Vis qu'il suffit de tourner à droite ou à gauche pour faire avancer ou reculer la chape qui maintient le levier.

Qu'arrivera-t-il, lorsque l'ampoule sera comprimée? Il arrivera que l'ampoule indicatrice augmentera de volume et qu'elle soulèvera, par conséquent, l'arête dont nous avons parlé (voy. la fig. 3). Mais, comme l'extrémité du levier, parfaitement mobile sur son axe, appuiera sur l'arête, cette extrémité sera soulevée. Partant, le levier tout entier suivra le mouvement d'ascension.

Pressez fortement et rapidement l'ampoule exploratrice, le levier s'élèvera beaucoup et rapidement. Continuez cette pression, le levier restera dans la position qu'il aura prise. Diminuez la pression, le levier descendra d'autant. Cessez la pression, le levier reprendra sa première place.

Supposez maintenant que la plume, qui termine l'extrémité libre du levier, soit appliquée sur une feuille lisse de papier qu'un mécanisme

particulier fait marcher devant elle, le levier tracera une ligne horizontale sur ce papier, si aucune pression n'est exercée sur l'ampoule exploratrice. Au contraire, une pression rapide, instantanée, lui fera décrire une ligne presque verticale. Si cette pression cesse tout à coup d'être produite, la plume du levier retombera sur un point quelconque de la continuation de la ligne horizontale primitive.

Au lieu de comprimer l'ampoule exploratrice avec la main, faites-la comprimer par les parois du cœur mises en contraction, le résultat sera le même que précédemment. Une contraction brusque des ventricules fera relever brusquement le levier mû par l'ampoule indicatrice.

Le relâchement des ventricules fera retomber le levier dans sa direction horizontale, et ce levier conservera cette position pendant la plus grande partie de la diastole ventriculaire, c'est-à-dire tout le temps que l'ampoule exploratrice sera soustraite à l'action de la pression.

Ce que les ventricules contractés produiront sur cette ampoule, les oreillettes contractées le produiront aussi, mais à un moindre degré.

Voilà l'idée. Il s'agissait de la mettre en pratique. Qu'ont fait pour cela MM. Chauveau et Marey?

Ils ont fait parvenir une ampoule exploratrice dans le ventricule droit du cœur d'un cheval, ils en ont introduit une autre dans l'oreillette du même côté, et ils en ont placé une troisième dans l'intervalle des muscles intercostaux correspondant à la portion de la paroi thoracique que le cœur vient presser, dans son battement, avec le plus de force.

La plume du levier, suivant les mouvements qu'imprimait au levier lui-même le jeu de l'ampoule indicatrice, traçait spontanément sur le papier des figures indiquant les diverses pressions que le cœur exerçait sur les ampoules exploratrices, et ces figures se reproduisaient exactement les mêmes à chaque révolution cardiaque. Ces révolutions étant, par minute, au nombre de cinquante, elles se produisaient en une seconde et deux dixièmes de seconde.

Il ne restait plus qu'à faire sur le papier 120 divisions égales du temps qui s'écoulait entre le commencement d'une révolution cardiaque et le retour de la révolution suivante. Rien n'était plus aisé. Mais MM. Chauveau et Marey ont fait 10 divisions égales, par seconde, au lieu de 100. Rien n'était ensuite plus facile que de subdiviser, à l'aide d'une échelle, chaque division principale en 10 divisions nouvelles.

Procédons avec ordre, si nous voulons suivre, avec fruit et sans trop de difficulté, les arguments qui ont été présentés, de part et d'autre, à l'Académie de médecine, pour telle ou telle interprétation des tracés cardiographiques.

Pour atteindre ce but, faisons passer successivement sous les yeux des lecteurs les tracés qui ont été présentés tant à l'Institut qu'à l'Académie de médecine. Nous allons commencer par le premier. Une note explicative l'accompagnait.

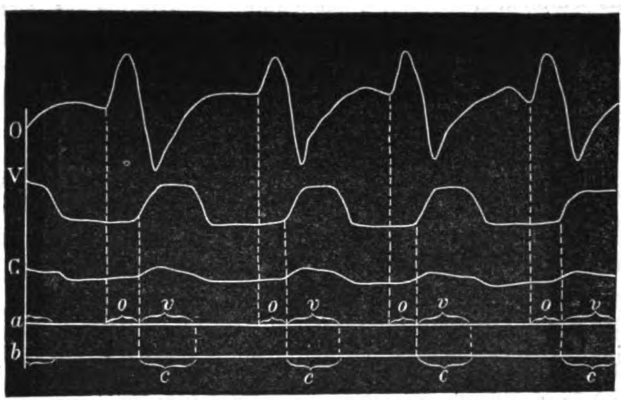


Fig. 4 (1er tracé de l'Institut).

Que disait-on dans cette note?

« Le tracé supérieur O appartient à l'oreillette. Au début, l'oreillette est en relâchement et se remplit peu à peu par l'afflux du sang veineux. Aussi la ligne du tracé s'élève-t-elle graduellement. L'ascension brusque et brève qui succède à cette première partie du tracé indique ensuite la systole auriculaire. L'abaissement non moins brusque qui vient après résulte de l'aspiration que le vide thoracique cause sur l'oreillette relâchée. Puis arrive une nouvelle réplétion de l'oreillette et la série des mouvements se répète comme tout à l'heure.

« Le tracé V indique le mouvement du ventricule, il débute pendant la systole. Le levier est alors relativement très-haut ; il se tient un instant dans cette position ; après quoi il descend brusquement au moment du relâchement du ventricule, reste abaissé pendant toute la durée de ce relâchement et remonte de nouveau à la systole suivante. La durée de l'état d'élévation du levier correspond à la durée de la systole.

« La ligne C, qui donne le tracé du choc, commence au milieu d'une pulsation. Le commencement et la fin des pulsations suivantes sont indiqués par une série de mouvements d'ascension et d'abaissement de la ligne du tracé.

« Considérons maintenant ces trois tracés dans leur ensemble, afin d'établir les rapports des mouvements de l'oreillette et du ventricule avec la pulsation cardiaque. Comme ces trois tracés ont leur début sur une même verticale, il suffit d'abaisser des perpendiculaires du début des systoles de l'oreillette et du ventricule sur la ligne des chocs, pour savoir laquelle des systoles coïncide avec le choc ventriculaire.

« On voit alors : 1° que la systole de l'oreillette débute et même finit longtemps avant le choc ventriculaire ; 2° que la systole du ventricule commence exactement au début du choc et finit avec lui.

« Nous avons essayé de rendre la chose plus visible en reportant sur la ligne *a* la durée des systoles et leur position respective, tandis que la ligne *b* indique la position et la durée du choc.

« Il est inutile d'insister davantage sur la signification de ces tracés, qui nous semblent démontrer d'une manière irrécusable que le choc du cœur est un effet de la systole du ventricule, et que, par conséquent, il ne saurait y avoir de doute entre les deux théories rivales (celle de Harvey et celle de M. Beau). Si l'erreur était possible, lorsque la vue et le toucher devaient saisir les rapports de ces mouvements rapides, il n'en saurait être de même avec des appareils qui accusent l'apparition de chaque mouvement avec une approximation d'un vingtième, et, au besoin, d'un cinquantième de seconde. »

Telle était, en substance, l'interprétation que donnaient, de leur premier tracé cardiographique, MM. Chauveau et Marey.

M. Beau n'admit pas cette interprétation; loin de là, il la réfuta presque complétement, et il pensa que les lignes de ce tracé pouvaient être interprétées en faveur de sa théorie.

Il adressa en conséquence, à l'Institut (séance du 28 octobre 1861), une courte note, dans laquelle il disait qu'on était frappé de voir que l'ondée sanguine, chassée vivement et entièrement par la systole auriculaire, sortait de la cavité de l'oreillette sans entrer dans celle du ventricule, et il terminait sa réclamation en disant : *Mais où va donc cette ondée?*

Cette ondée, répondirent MM. Chauveau et Marey, va dans le ventricule; elle n'a pas été accusée par nos premiers appareils qui n'étaient point assez sensibles, on la découvrira dans la figure que voici :

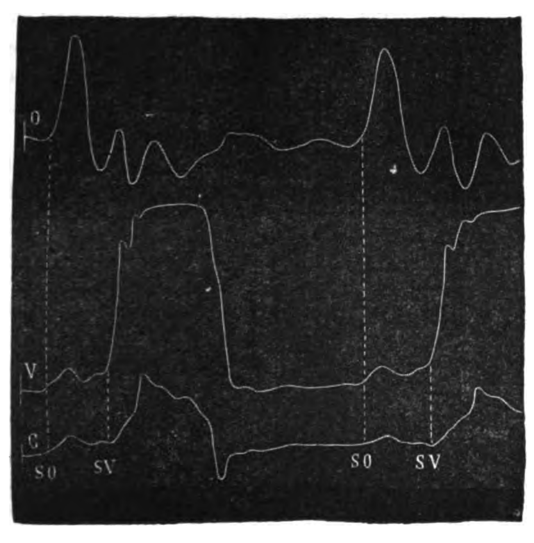


Fig. 5 (2e tracé de l'Institut).

et cette figure portait en effet, d'après ses auteurs, l'empreinte de la contraction auriculaire dans le mamelon de la ligne V, qui précède la ligne ascendante due à la contraction énergique et rapide du ventricule.

Ce résultat nouveau ne satisfit pas M. Beau. « La diastole ventriculaire était indiquée, d'une manière très-contestable » (1), dans ce second tracé, qui différait d'ailleurs tellement du premier qu'on pouvait l'attribuer « à quelque manifestation irrégulière et anormale de l'instrument enregistreur qui, ce jour-là, ne marchait pas très-bien. » Il le considéra donc comme non avenu, et il reproduisit la question qu'il avait déjà faite, sous cette nouvelle forme :

« Lorsque la circulation est régulière, que l'oreillette se contracte puissamment et complétement, *où va donc l'ondée lancée par l'oreillette?* »

MM. Chauveau et Marey firent à cette question, qui était toujours la même, la réponse qu'ils avaient déjà faite, et ils montrèrent un troisième tracé qui accusait, encore mieux que le précédent, l'effet de la systole auriculaire.

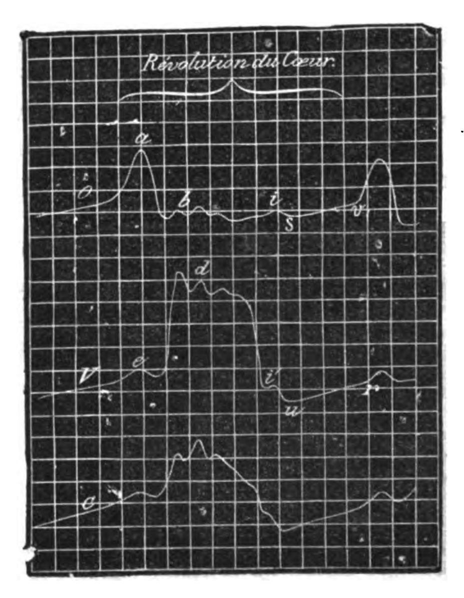


Fig. 6 (3e tracé dit de l'Académie).

Pour bien comprendre les objections que fera, plus tard, M. Beau à l'ordre de succession des mouvements du cœur établi par Harvey d'abord,

(1) P. 604 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*

par ses sectateurs ensuite, il convient de faire connaître, aussi brièvement que possible, l'interprétation qu'à faite, à son tour, M. Beau, du premier tracé cardiographique de MM. Chauveau et Marey.

Suivons donc cet auteur dans son exposition, en reproduisant ici la figure qu'il a donnée dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (p. 789, numéro du 12 octobre 1862).

Cette figure contient les mêmes lignes que la figure n° 4; mais elle est augmentée d'autres lignes accessoires qui sont nécessaires à la démonstration de M. Beau.

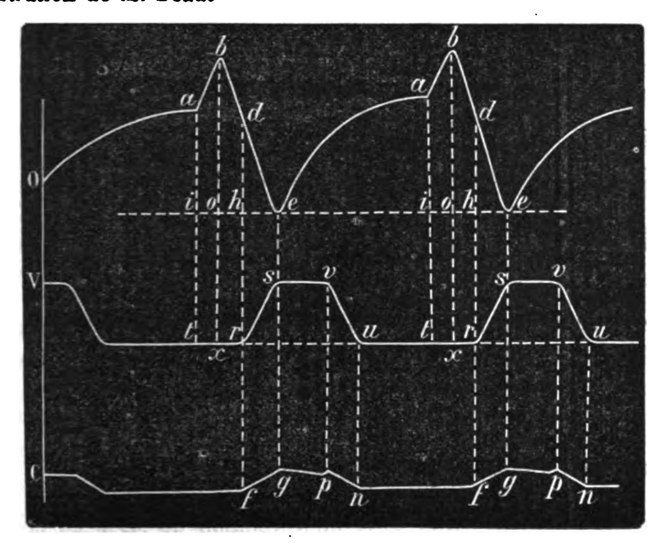


Fig. 7 (ou schéma de M. Beau).

La ligne O représente les mouvements de l'oreillette, et chacune des grandes ondulations *e*, *a*, *b*, *d*, *e*, qui se succèdent dans un ordre régulier, nous reproduit les diverses pressions qui ont lieu dans la cavité auriculaire pendant chaque révolution du cœur.

Au point *e*, l'oreillette est vide. A partir de ce point, elle se dilate progressivement jusqu'en *a*, par suite de l'afflux du sang dans sa cavité. Au point *a*, l'aiguille s'élève tout à coup jusqu'à *b*, sous l'influence du surcroît de pression que la contraction de l'oreillette fait éprouver à la bulle élastique. Puis, l'aiguille descend sans interruption de *b* en *e*, bien que la systole de l'oreillette continue de se faire en s'affaiblissant toujours jusqu'au retour de la dilatation auriculaire.

D'où il résulte qu'il n'y aurait jamais, pour M. Beau, de repos pour les oreillettes, tandis que pour MM. Chauveau et Marey ce repos durerait tout le temps que l'aiguille met à parcourir la ligne *b*, *d*, *e*.

La ligne V représente les mouvements du ventricule, elle affecte la

forme de mamelons réguliers *r*, *s*, *v*, *u*, reliés entre eux par des lignes *u*, *r*, parfaitement droites.

Ces lignes droites indiquent un *minimum* de pression intra-ventriculaire; elles nous apprennent que pendant leur durée il n'arrive pas de sang dans la cavité du ventricule, car s'il en arrivait, il y aurait une augmentation de pression sur la boule et une élévation de l'aiguille, comme cela a lieu pour la ligne *e*, *a*, qui marque la diastole dans la ligne auriculaire.

MM. Chauveau et Marey ont interprété tout autrement que M. Beau les lignes *u*, *r*; elles indiquent pour eux, nous l'avons déjà dit, le relâchement des ventricules pendant lequel le sang arrive dans leur cavité.

Reste l'objection de M. Beau : Pourquoi l'aiguille ne s'élève-t-elle pas dans la diastole ventriculaire, comme elle le fait dans la diastole auriculaire?

Nous avons vu aussi la ligne *r*, *s*, indiquer pour MM. Chauveau et Marey le début de la systole ventriculaire; elle indique pour M. Beau la diastole ventriculaire se faisant comme conséquence forcée de la systole de l'oreillette.

Cette diastole a atteint son maximum au point *s*; elle se continue jusqu'en *v*. A ce point, l'ondée, pressée par la systole ventriculaire, et comprimant de moins en moins la boule, permet à l'aiguille de descendre de *v* en *u*, où elle s'arrête. Là finit le mamelon du battement ventriculaire, et la ligne droite qui marque le repos, le retrait et le vide du ventricule, recommence jusqu'au mamelon suivant.

Quelle différence entre cette interprétation de M. Beau et celle de MM. Chauveau et Marey, pour qui la ligne *s*, *v* serait due à la persistance de la systole ventriculaire, et la ligne descendante *b*, *d*, *e*, au relâchement des oreillettes.

La ligne C nous présente à considérer une ligne droite *n*, *f*, qui répond à la ligne droite *u*, *r*, du ventricule, et un mamelon *f*, *g*, *p*, *n*, qui répond au mamelon ventriculaire *r*, *s*, *v*, *u*. Le point précis *g*, où se fait le choc précordial, est sur la ligne perpendiculaire du point *s*, qui marque (pour M. Beau) le degré le plus élevé de la diastole ventriculaire et du point *e*, qui nous accuse le moment bref où la cavité auriculaire est complétement vide. Ce triple rapport veut dire que l'ondée qui vient de quitter entièrement l'oreillette, par suite de la systole auriculaire, entre violemment et tout entière dans la cavité vide du ventricule qu'elle dilate nécessairement, et c'est précisément l'ampliation diastolique résultant de cette pénétration violente de l'ondée dans le ventricule, qui fait le choc précordial.

En résumé, dans l'opinion de M. Beau :

1re ligne. — La dilatation de l'oreillette commence en *e* et se prolonge jusqu'en *a* où elle finit.

La contraction de l'oreillette commence en *a* et se continue jusqu'en *e*, en passant par *b* et par *d*.

2e ligne. — La diastole ventriculaire commence en *r* et se prolonge jusqu'en *v*, en passant par *s*.

La systole ventriculaire fait suite, en *r*, à la diastole et dure jusqu'en *u*.

De *u* en *r*, en passant par *t*, les parois des ventricules restent accolées, mais vides. Elles sont relâchées, c'est-à-dire non contractées pendant le second temps ou le temps du repos, sans être en dilatation.

3e ligne. — Le choc précordial se fait en *g*.

En résumé, dans l'opinion de MM. Chauveau et Marey :

1re ligne. — La dilatation de l'oreillette s'étend de *e* en *a*. Là commence la systole qui finit en *b*. A ce point *b*, le relâchement auriculaire commence et dure jusqu'en *e*, en passant par *d*.

2e ligne. — La contraction ventriculaire commence en *r* et se termine en *v*, en passant par *s*. Le relâchement a lieu de *v* en *u* et la diastole de *u* en *r* en passant par *t*.

3e ligne. — La pulsation cardiaque commence en *f*; elle est à son summum d'intensité en *g*; elle se termine au point *p*.

La question est donc nettement posée, rendons-la plus claire si c'est possible, en mettant la théorie de M. Beau en regard de la théorie dite ancienne, complétée par les travaux récents de MM. Chauveau et Marey :

THÉORIE ANCIENNE DES MOUVEMENTS DU CŒUR.

La contraction brusque des oreillettes ouvre la scène des mouvements du cœur.

Cette contraction est aussitôt suivie du relâchement des oreillettes, que suit, à son tour, sans interruption, jusqu'à la fin de la révolution cardiaque, la dilatation des oreillettes opérée par le sang que versent dans ces cavités les deux veines caves et les quatre veines pulmonaires.

THÉORIE DE M. BEAU.

M. Beau suppose d'abord l'oreillette contractée, puis il ajoute : « La tête de la colonne veineuse, soumise à une impulsion continue, se trouve arrêtée aux embouchures des veines qui sont resserrées par la contraction de l'oreillette ; elle fait effort de toute part, et se précipite dans sa cavité aussitôt que le resserrement contractile est terminé. Le sang va choquer violemment la paroi antérieure de

THÉORIE ANCIENNE DES MOUVEMENTS DU CŒUR.	THÉORIE DE M. BEAU.
Au moment où les oreillettes sont complétement relâchées, ou, ce qui revient au même, au moment précis où commence la dilatation des oreillettes, commence aussi la contraction des ventricules. Celle-ci persiste un certain temps, durant lequel toute communication des oreillettes avec les ventricules cesse complétement. Un relâchement des ventricules succède à la systole ventriculaire, et ce relâchement ne tarde pas à être interrompu par la diastole des ventricules. Cette diastole, durant laquelle le sang arrive aux ventricules par les orifices auriculo-ventriculaires largement ouverts, cette diastole, dis-je, se continue jusqu'au retour d'une nouvelle systole des ventricules, c'est-à-dire jusqu'à l'instant où les oreillettes sortent de leur relâchement. Elle empiète donc sur la révolution cardiaque suivante.	l'oreillette, et lui fait exécuter un mouvement antérieur énergique. Il continue ensuite de couler dans sa cavité jusqu'à ce que sa réplétion soit complète. « Alors l'oreillette opère sa contraction, qui commence par le resserrement des embouchures veineuses. Cette contraction des embouchures fait cesser à l'instant la communication qui existait entre le sang arrivé dans l'oreillette et le reste de la colonne, et forme de cette manière l'ondée sanguine. Celle-ci, chassée avec force de haut en bas et d'arrière en avant, soulève les valvules auriculo-ventriculaires, débouche en masse par l'ouverture ventriculaire dans le ventricule qu'elle distend, et dont le sommet éprouve alors un mouvement en bas et en avant. Elle n'est pas plutôt dans le ventricule que celui-ci se contracte ; sa pointe, qui était portée en avant, revient à son état naturel ; il se rétrécit dans tous les sens ; les valvules au-

riculo-ventriculaires s'appliquent contre leur orifice, et l'ondée sanguine, violemment refoulée, relève les trois valvules semi-lunaires et pénètre dans l'artère, qui subit alors ce mouvement bref de dilatation qu'on nomme *pouls*. Ces différents mouvements par lesquels l'ondée sanguine passe de l'oreillette dans l'artère se succèdent fort rapidement, comme convulsivement, de telle sorte que leur ensemble paraît former un mouvement unique, et que la contraction de l'oreillette, qui est le premier de tous, est presque isochrone au pouls artériel, qui en est le dernier. Cela fait que dans le premier moment où le ventricule est complétement vide, l'oreillette commence à se dilater de nouveau ; et pendant que d'un côté, les valvules semi-lunaires s'abaissent pour retenir le sang dans l'artère, de l'autre, une nouvelle ondée se forme dans l'oreillette, par suite de l'introduction dans sa cavité du sang veineux qui s'y est précipité du moment que sa contraction a eu cessé. » (*Traité expérimental et clinique d'auscultation*, p. 223 et suiv., 1 vol. in-8. Paris, 1856.)

La comparaison qu'on peut faire de ces deux théories fait assez voir

leur différence. Celle-ci est si grande, qu'il n'y a pour ainsi dire pas, entre elles, la moindre ressemblance. Si la vérité est d'un côté, l'erreur est incontestablement de l'autre.

Avant les travaux de MM. Chauveau et Marey, il était à peine permis de douter, mais depuis ces travaux, le doute nous paraît encore moins possible. A la démonstration donnée par la vue et par le toucher, est venue se joindre la démonstration cardiographique. A dater de ce jour, l'étude des mouvements du cœur est devenue plus simple et plus facile, et, comme me le disait tout récemment M. Verneuil, l'histoire des travaux faits sur cette question a singulièrement perdu de son intérêt. C'est ce qui ressortira des faits que nous allons produire. Ils sont contenus dans le rapport clair, net et concis de M. Gavarret (1).

L. Maillot.

— La suite au prochain numéro. —

ACADÉMIE DES SCIENCES

Dans la séance du 15 août 1864, M. Gratiolet a communiqué un mémoire intitulé : *Comparaison du bras et de la main de l'homme avec l'avant-bras et la main des grands singes à sternum plat, désignés à tort par les naturalistes sous le nom d'anthropomorphes.*

Voici en quels termes M. Gratiolet résume ce travail :

« J'ai profité de l'occasion qui m'a été généreusement offerte par M. Aubry-Lecomte de disséquer un grand chimpanzé de l'Afrique équatoriale, différant par certains caractères du *Troglodytes niger*. Ces différences sont une physionomie plus bestiale, des formes plus massives, une lèvre supérieure froncée, au lieu d'être sillonnée régulièrement de haut en bas, une face toute noire, et par-dessus tout un talon bien prononcé à la partie postérieure de la dernière molaire d'en bas. Ce chimpanzé est donc très-certainement une espèce nouvelle, et, pour consacrer ma reconnaissance, je propose de la désigner sous le nom spécifique de *Troglodytes Aubryi*.

« Dans la note que j'ai l'honneur de soumettre aujourd'hui au jugement de l'Académie, je ne traite pas de l'ensemble des remarques que j'ai pu faire sur l'anatomie de ce curieux animal; elles seront l'objet

(1) Voyez ce rapport dans le *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXVIII, p. 602 à 614. Séance du 21 mai 1863.

d'un grand travail que je rédige en ce moment avec M. le Dr Alix. Mais j'ai cru utile de résumer, parmi les observations que j'ai pu faire, celles qui sont relatives à l'anatomie de la main dans les singes dits anthropoïdes. Cette anatomie révèle des différences profondes et réellement typiques entre l'homme et les singes les plus élevés. Chez les singes, le pouce est fléchi par une division oblique du tendon commun du muscle fléchisseur commun des autres doigts. Il est donc entraîné dans les mouvements communs de flexion, et n'a aucune liberté. Le même type est réalisé dans le gorille et dans le chimpanzé; mais ce tendon qui meut le pouce est réduit chez eux à un filet tendineux qui n'a plus aucune action, car son origine se perd dans les replis synoviaux des tendons fléchisseurs des autres doigts, et il n'aboutit à aucun faisceau musculaire; le pouce s'affaiblit donc d'une manière notable dans ces grands singes. Chez aucun d'eux, il n'y a aucune trace de ce grand muscle indépendant qui meut le pouce dans l'homme. Et, loin de se perfectionner, ce doigt si caractéristique de la main humaine semble, chez les plus élevés de ces singes, les orangs, tendre à un anéantissement complet. Ces singes n'ont donc rien dans l'organisation de leur main qui indique un passage aux formes humaines, et j'insiste à ce sujet, dans mon mémoire, sur les différences profondes que révèle l'étude des mouvements dans des mains formées pour des accommodations d'ordre absolument distinct.

« Une étude approfondie des muscles du bras et de l'épaule dans ces prétendus anthropomorphes confirme ces résultats. D'ailleurs, c'est surtout dans le singe, en apparence le plus semblable à l'homme, dans l'orang indien, que la main et le pied présentent des dégradations les plus frappantes. Ce paradoxe, ce défaut de parallélisme chez l'homme et chez les grands singes dans le développement d'organes corrélatifs tels que le cerveau et la main, montre avec une absolue évidence qu'il s'agit ici d'harmonies différentes et d'autres destinées; tout dans la forme du singe a pour raison spéciale quelque accommodation matérielle au monde; tout, au contraire, dans la forme de l'homme révèle une accommodation supérieure aux fins de l'intelligence. De ces harmonies et de ces fins nouvelles résulte dans ses formes l'expression d'une beauté sans analogue dans la nature, et l'on peut dire sans exagération que le type animal se transfigure en lui.

« Les faits sur lesquels je viens d'insister me permettront du moins d'affirmer avec une conviction fondée sur une étude personnelle et

attentive de tous les faits connus, que l'anatomie ne donne aucune base à cette idée si violemment défendue de nos jours, d'une étroite parenté entre l'homme et le singe. On invoquerait en vain quelques crânes anciens évidemment monstrueux trouvés par hasard, tels que celui de Neanderthal. On trouve encore çà et là des formes semblables; elles appartiennent à des idiots. L'une d'elles fut recueillie il y a quelques années par M. le Dr Binder. A la prière de M. Jean Macé, M. Binder voulut bien m'en faire don; je n'ai pas cru qu'un spécimen aussi précieux pût rester dans mes mains; il appartient aujourd'hui aux collections du Muséum. Il comptera désormais parmi les éléments de cette grande discussion sur la nature de l'homme qui agite aujourd'hui les philosophes et trouble les consciences, mais d'où la divine majesté de l'homme sortira quelque jour, consacrée par le combat, et dès lors inviolable et triomphante. »

VARIÉTÉS

A NOS LECTEURS

Notre passé, notre avenir.

Un mouvement considérable emporte le monde médical depuis quelques années; à voir les luttes vaines, les débats stériles d'il y a dix ans entre l'organicisme et l'humorisme moderne, à voir les idées sérieuses qui, maintenant, se font jour partout, dans les académies, dans les thèses, dans la presse médicale, le souci des espèces morbides, le retour à la séméiotique, la recherche des indications positives dans des médications éclectiques : on ne peut plus se le dissimuler, un monde ancien s'en va, un monde nouveau paraît.

Le rôle tenu par *l'Art médical* dans ce mouvement peut être passé sous silence par nos contemporains, l'histoire lui rendra justice. Il y a dix ans que le journal existe, et, pendant ces dix années, il a été tout au moins le foyer principal de ces lumières qui éclatent de tous côtés.

Cependant le temps marche, et avec lui les choses changent et doivent changer. L'œuvre de notre fondateur est faite, la nôtre commence.

J.-P. Tessier a jeté les fondements et les principes d'un retour sérieux à la tradition de nos ancêtres. Sur ce point, le travail est fait : les ouvrages du maître, ses articles et ceux de ses élèves, les vingt volumes de notre collection et toutes nos publications, sont là pour l'attester.

Mais cela fait, tout n'est pas dit : à nous de consacrer, vulgariser, poursuivre, étendre, perfectionner l'enseignement que nous avons reçu ; à nous surtout cette œuvre d'achèvement, difficile et laborieuse, dont nous ne nous dissimulons pas le redoutable poids et dont nous ne déclinons pas la charge.

Dans ces deux dernières années où nous avons continué de marcher privés de notre chef, nous nous sommes recueillis, et nous avons soupesé notre fardeau, sondé les questions et notre chemin.

Maintenant, présumant peut-être de nos forces, mais pleins d'ardeur, forts des principes que nous avons reçus comme des gages que nous leur avons donnés, nous en appelons ouvertement à une publicité plus grande. Que nos lecteurs habituels qui nous ont soutenus de leur adhésion et de leurs communications souvent si précieuses, soutiennent encore nos efforts en les doublant, parce qu'ils peuvent beaucoup pour propager et enrichir notre œuvre devenue la leur. Comme nous disciples et nos compagnons dans le passé, nous leur demandons d'être nos collaborateurs de l'avenir. Avec eux nous nous adresserons à tous les médecins indépendants et dégagés de systèmes ou de théories préconçues, à tout esprit droit qui cherche la vérité, à toute ardeur soucieuse de la sécurité dans le progrès, et nous dirons :

— Rechercher et confirmer par l'expérience les principes enseignés dans la tradition, c'est-à-dire les principes consacrés par les grands médecins de tous les temps et de tous les pays;

— Faire découler la médecine pratique des doctrines générales et philosophiques qui portent la médecine si haut parmi les sciences naturelles, et intervenir dans toute question à l'ordre du jour, au nom des principes et de l'expérience;

— Rechercher plus particulièrement la distinction précise des espèces morbides et de leurs formes, comme la base essentielle de l'art; et, par cela même, faire revivre la séméiotique en cherchant, non moins soigneusement, la valeur des signes diagnostics et pronostics, sans lesquels aucun traitement ne peut être institué et suivi sûrement;

—Arborer franchement, en thérapeutique, le drapeau de l'éclectisme,

qui dédaigne tout esprit de parti, bannit les préjugés en acceptant toute médication, quelle qu'en soit l'origine, donne à l'homœopathie sa place légitime, ne reconnaît comme vrai que le médicament qui guérit, et n'a d'autre souci que de préciser les indications positives;

—Discuter prochainement, comme les circonstances nous y appellent, les questions qui se rattachent à l'enseignement et à l'exercice de notre art, questions que, jusqu'ici, nous avons rarement abordées, faute d'opportunité, et dans lesquelles nous prendrons part au nom de nos traditions et de notre temps :

Tel est notre projet, nous pourrions dire notre programme, dans ses lignes principales.

Du reste, fermes sur les principes, sans lesquels il n'y a ni science ni art, soucieux de les fixer avant tout, nous savons bien, comme nous le disions plus haut, que le monde marche; et avec lui nous voulons marcher. Notre devise sera donc toujours : *Tradition et progrès !*

Le Journal contiendra des articles de fond sur les diverses branches de la médecine, et les principales publications nouvelles auront notre attention comme par le passé. Nous nous proposons de donner une Revue clinique autant suivie que possible, et enrichie de tout ce que les autres journaux nous offriront de sérieux. Les travaux académiques et les découvertes nouvelles seront enregistrés et discutés quand il y aura lieu. Enfin, un Bulletin mensuel tiendra nos lecteurs au courant du mouvement des idées et des faits.

Il faut le reconnaître : aujourd'hui les sectes sont mortes ou bien près de mourir; l'avenir est tout entier à la science sérieuse, et nous voulons qu'il soit le nôtre. Arrière l'esprit de parti, le préjugé grossier, la lâcheté de l'envie, la haine contre toute vérité qui n'est pas de nous! Arrière les théories creuses, les systèmes étroits, le matérialisme stupide et inepte! Ce que nous voulons, c'est l'union sage de la tradition, de la raison et de l'expérience; l'accord de ces trois forces s'unissant pour se relever, se confirmant pour assurer le progrès!

Certains de notre route par ces dix dernières années, pendant lesquelles nos idées se sont répandues partout, nous n'y changeons rien; ce que nous avons été, nous le sommes. Le temps seul nous place d'un pas en avant. Du dogme fondamental qui établit, nous passons à la vulgarisation qui étend; des conceptions fondamentales qui illuminent,

nous venons aux irradiations qui vivifient. Après le maître vient l'élève, après le pionnier vient le colon !

Tous nos efforts seront pour répondre à ce qu'on attend de nous, Dieu fera le reste !

(*La Rédaction.*)

NOUVELLES. — On sait que M. le Dr Léon Simon père a obtenu de faire un cours public d'homœopathie au cercle des sociétés savantes, et que ce cours a lieu tous les mardis.

M. le professeur Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand, a aussi obtenu de M. le ministre Duruy l'autorisation de faire dans le local des facultés de Clermont un cours public de thérapeutique générale, dont le programme adressé au ministre contient l'exposition et la discussion de la doctrine homœopathique.

Du reste, on sait depuis longtemps que le cours de thérapeutique de l'école secondaire de Clermont est une véritable chaire d'homœopathie.

— Le Dr Jousset continue son cours de médecine pratique les mardis et samedis, à 5 heures, rue Larrey, 8. Il expose dans ses leçons le traitement homœopathique à propos de chaque maladie.

COURS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Par J.-P. TESSIER

Grand in-8. — Prix, 3 francs.

Il ne reste que 70 exemplaires environ du tirage malheureusement trop restreint que l'auteur avait permis, avant sa mort, de cette seconde partie de ses belles études de *Médecine générale*, de cette œuvre qui rappelle, redresse et complète les grands institutaires.

Cet ouvrage, dernier et fidèle reflet de la pensée du maître, est le résumé de sa doctrine. On peut se le procurer en s'adressant directement au Dr Milcent, 33, Chaussée-d'Antin.

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE A. PARENT, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

L'ART MÉDICAL

MARS 1865

SÉMÉIOTIQUE ET NOSOLOGIE

DE L'ALIÉNATION ET DE LA FOLIE. — LEUR DISTINCTION ET LEUR CLASSIFICATION.

— SUITE (1) —

III

DES VARIÉTÉS D'ALIÉNATION ET DE LEUR VALEUR SÉMÉIOTIQUE.

1° *Des variétés d'aliénations.*

L'association de l'idée délirante, des hallucinations et des impulsions maladives, constitue le syndrome qui a reçu le nom d'aliénation. Cependant l'impulsion maladive peut exister seule, ainsi que nous l'avons dit précédemment. L'aliénation présente à étudier quatre variétés très-distinctes : la *manie*, la *monomanie*, la *lypémanie* et les *impulsions maladives*.

A.) La *manie* est constituée par la succession rapide d'idées délirantes multiples, avec hallucinations en rapport avec ces idées et impulsions expansives.

a.) La succession trop rapide des idées délirantes constitue l'*incohérence maniaque*.

b.) Une impulsion violente au mouvement, à parler, à chanter, constitue l'*agitation maniaque*.

(1) Voir *l'Art médical*, février 1865.

c.) L'impulsion violente à crier, à frapper, à exercer des violences, constitue la *fureur maniaque*.

B.) La *monomanie* est constituée par un petit nombre d'idées délirantes avec prédominance de l'une d'elles; hallucinations en rapport avec cette idée et impulsion expansive. La monomanie prend le nom de l'idée délirante principale : monomanie des grandeurs, des richesses, etc.

C.) La *lypémanie* est constituée comme la monomanie, avec cette différence que c'est une impulsion anxieuse qui domine : lypémanie de persécution, de damnation, etc.

D.) *Impulsion maladive*. Cette variété d'aliénation a été suffisamment étudiée précédemment; nous n'y reviendrons pas ici.

2° *Valeur séméiotique de l'aliénation.*

Nous devons maintenant étudier les différentes variétés de l'aliénation dans leurs rapports avec la maladie, et rechercher leur valeur diagnostique.

La *manie* est habituelle dans la forme bénigne, dans la forme périodique et au début de la forme commune de la folie; elle survient d'une manière accidentelle dans la paralysie générale et dans l'hystérie. Elle est habituellement de très-courte durée dans l'épilepsie. Enfin, c'est le symptôme constant des empoisonnements aigus par les solanées, l'opium et les alcools.

L'*incohérence maniaque* est fréquente dans la période d'état de la forme périodique de la folie, et elle se montre accidentellement dans tous les cas où on observe la manie.

L'*agitation maniaque* et la *fureur maniaque* constituent deux variétés de manie qui peuvent apparaître dans tous les cas où on observe la manie, mais qui caractérisent

plus spécialement la forme grave de la folie, l'épilepsie et les empoisonnements aigus par les solanées et par l'opium.

La *monomanie* et la *lypémanie* sont les deux symptômes habituels de la forme commune de la folie arrivée à la période d'état; les malades cessent alors d'être agités, leur délire se circonscrit à un petit nombre d'idées et d'hallucinations en rapport avec ces idées, et ils restent indéfiniment affectés de monomanie ou de lypémanie, suivant qu'ils ont des impulsions anxieuses ou des impulsions expansives.

La *monomanie* est le symptôme habituel mais non le symptôme constant de la paralysie générale; en effet, il n'est pas extrêmement rare d'observer, au début de cette maladie, une véritable lypémanie avec impulsion suicide; la monomanie des grandeurs et des richesses reste néanmoins un bon signe diagnostic de cette maladie.

La lypémanie s'observe encore dans la forme bénigne de la folie et quelquefois au début de la forme grave.

La lypémanie est l'aliénation propre à l'hypochondrie; on l'observe quelquefois dans l'hystérie et très-souvent dans l'épilepsie.

Enfin, ce symptôme s'observe fréquemment comme symptôme des empoisonnements chroniques par les alcools, l'absinthe et l'opium.

Nous avons déjà dit que les *impulsions maladives*, sans hallucinations et sans idées délirantes, s'observaient dans l'hystérie, dans l'hypochondrie, dans l'épilepsie, dans les empoisonnements chroniques par l'alcool, et comme symptôme précurseur de la folie et surtout de la paralysie générale.

IV

DISTINCTION DE L'ALIÉNATION ET DES ÉTATS PATHOLOGIQUES ET PHYSIOLOGIQUES QUI LUI RESSEMBLENT.

On distingue difficilement certaines impulsions passionnelles et certaines idées extravagantes de l'aliénation, d'où la confusion établie par plusieurs auteurs contemporains entre les fous et les hommes qui, soit par leurs crimes, soit par leurs vertus, se sont mis en dehors du vulgaire. Les conséquences déplorables de cette erreur ont surtout atteint la médecine légale et la critique historique. Nous tâcherons d'éclairer ce point de pathologie et de donner des règles certaines pour distinguer les impulsions maladives des passions et les idées délirantes de l'extravagance; mais avant nous voulons établir la séparation radicale de l'aliénation et du délire et donner les caractères qui servent à distinguer ces deux symptômes l'un de l'autre.

1° *Distinction de l'aliénation et du délire.*

Il y a quelques années, dans une discussion retentissante, l'Académie de médecine chercha à fixer les caractères différentiels du délire et de l'aliénation. Cette assemblée crut avoir trouvé ces caractères dans l'incohérence, le mouvement fébrile et l'acuité, dont elle fit les signes distinctifs du délire; elle enseigna, d'autre part, que l'aliénation avait une marche chronique, ne s'accompagnant ni de fièvre, ni d'incohérence dans les idées.

Or, ni l'incohérence, ni le mouvement fébrile, ni la marche aiguë, ne peuvent servir à différencier le délire de l'aliénation mentale. C'est ce que nous allons démontrer en peu de mots.

Incohérence. L'incohérence existe toujours à un degré

ou à un autre dans le délire, mais il se montre aussi dans l'aliénation; nous en avons fait une variété de la manie et nous avons dit qu'il se rencontrait surtout dans la forme périodique de la folie.

La *marche aiguë* et le *mouvement fébrile* constituent deux caractères encore plus mauvais que l'incohérence. La marche aiguë s'observe parfaitement avec l'aliénation, en particulier dans la forme bénigne et dans la forme grave de la folie. Ces deux formes peuvent se terminer en un seul septénaire; la première par le retour à la santé, la seconde par la mort.

Le mouvement fébrile manque quelquefois dans le délire: chez les convalescents, par exemple; et il accompagne quelquefois l'aliénation symptomatique de la paralysie générale et de la forme grave de la folie.

Le véritable caractère distinctif de l'aliénation et du délire ressort de l'analyse que nous avons faite de ce premier symptôme, et nous l'avons déjà indiqué tout en poursuivant notre description. Dans l'aliénation la conscience sensible, quoique désordonnée, subsiste cependant, en sorte que l'aliéné, bien qu'il accepte comme raisonnables les idées délirantes qui troublent son cerveau, a parfaitement conscience de l'existence de ces idées; aussi sa mémoire en conserve un souvenir très-exact. Le malade dans le délire, au contraire, a perdu toute conscience de son état; aussi après la guérison, il ne se souvient plus de tout ce qui s'est passé pendant les jours de son délire. Ces jours-là sont, pour lui, comme s'ils n'avaient pas été. En un mot, je comparerai l'aliénation au rêve lucide dont on se souvient au réveil, et le délire au rêve non lucide qui ne laisse aucun souvenir, ou qui n'en laisse que de très-confus.

2° *Distinction de l'aliénation et des états physiologiques qui lui ressemblent.*

Ici est la véritable difficulté, et le problème non encore résolu de la distinction certaine des impulsions passionnelles et des impulsions maladives, des idées délirantes et des idées extravagantes. Cependant il est impossible de faire un pas en médecine légale sans venir se heurter à cette difficulté.

Nous ne nous occuperons point ici, et peut-être même ne nous occuperons-nous jamais de cette école qui, ayant trouvé commode d'expliquer le merveilleux par la folie, a osé enseigner que Moïse et Socrate étaient d'illustres fous. Le bon sens public a fait prompte justice de ces excentricités. Les médecins spécialistes qui ont édité des opinions aussi absurdes auraient dû savoir que la suite dans les idées et dans la conduite est la première chose qui fait défaut chez leurs malades, et que les fous qui restent encore quelque temps dans la société, après le début de leur maladie, démontrent par des entreprises mal conçues et plus mal exécutées encore, qu'ils sont incapables d'une ligne de conduite. Et Moïse qui mena à bonne fin la délivrance des Hébreux et les dota d'une législation qui s'est perpétuée jusqu'à nous; et Socrate, qui fut le plus sage des païens, ne peuvent être classés parmi ces malheureux infirmes qui commencent par une exhaltation délirante et finissent par la démence.

La confusion de l'aliénation et des désordres physiologiques qui lui ressemblent n'est possible que pour trois variétés d'aliénation : les impulsions, la monomanie et la lypémanie. Les impulsions maladives sont souvent confondues avec les impulsions passionnelles,

et l'idée délirante de la monomanie avec les idées fausses et extravagantes.

A. *Distinction de l'impulsion maladive et de l'impulsion passionnelle.* Les passions parvenues à leur plus haut paroxysme ressemblent à une véritable folie : *Ira brevis furor*. L'homme qui leur a laissé prendre en lui un semblable développement est poussé irrésistiblement à l'acte, et sa raison, enchaînée par une volonté dépravée, assiste, l'arme au bras, à l'accomplissement des actes les plus extravagants et souvent les plus criminels. Aussi le vulgaire est-il tout disposé à expliquer par un état morbide les faits qui sortent complétement de la voie ordinaire.

Nous trouverons les bases d'une solide distinction des impulsions maladives et des impulsions passionnelles : 1° dans l'évolution de l'impulsion ; 2° dans l'acte lui-même. L'évolution de l'impulsion comprend son mode de développement, sa marche, sa durée, ses retours.

L'acte même présente à considérer ses motifs, son intensité.

1° *Évolutions de l'impulsion maladive et de l'impulsion passionnelle.* — a. *Mode de développement ; caractères communs.* L'une et l'autre impulsion peuvent se développer brusquement ou lentement, contraster avec les habitudes passées du sujet, ou au contraire être le développement de certaine disposition naturelle.

Caractères différentiels. La passion se développe à l'occasion de certaines modifications physiologiques, dont les principales sont les âges, les tempéraments, les privations ou les excès, les changements de climat ; — ainsi la passion pour le vin, pour le jeu, pour les femmes, varient en général suivant toutes ces circonstances.

Les circonstances extérieures d'activité ou d'oisiveté, de fréquentation ou d'isolement, d'exemples, d'entraînement, l'influence toute-puissante de certains organismes sur d'autres, sont des conditions d'une extrême importance dans le développement des passions.

Les impulsions maladives se développent toujours à propos d'une maladie : folie, hystérie, hypochondrie, épilepsie, et le point important est d'arriver à reconnaître cette maladie par les signes qui lui sont propres. Mais souvent ces signes n'existent pas dans le moment où il s'agit de prononcer sur la nature de l'impulsion, soit parce qu'ils ne sont pas encore développés comme lorsqu'un acte violent est le prodrome d'une paralysie générale, soit parce qu'ils ne se manifestent qu'à de longs intervalles comme dans l'épilepsie.— Si on ne peut remonter jusqu'à la maladie, on remarquera que l'impulsion échappe aux influences d'âge, de tempérament, de climat, d'isolement ou de fréquentation, d'activité ou d'oisiveté, en un mot, à toutes ces causes occasionnelles qui jouent un si grand rôle dans le développement des passions. Ainsi, on voit de vieilles femmes décrépites devenir érotomanes, des jeunes gens avares, des femmes jeunes et bien élevées adonnées au vin, etc., et cela se comprend puisqu'ici l'impulsion a sa cause dans une maladie dont elle est un symptôme, un effet, et ce sont les causes de la maladie, comme l'hérédité ou les phénomènes d'âge, par exemple, que l'on trouve derrière les impulsions maladives au lieu des circonstances que nous avons énumérées plus haut à propos des passions.

Marche, durée, terminaison, retour ou récidive.

Les passions dans leur durée, leur terminaison et leur retour, sont soumises à l'influence des mêmes circon-

stances que nous avons déjà énumérées à propos de leur mode de développement. Ainsi l'amour charnel diminue et disparaît avec l'âge ; il peut s'éteindre momentanément pour renaître de nouveau par la présence ou l'absence de son objet. De plus, et c'est là un caractère important, les influences morales ont toujours une certaine action sur les passions ; et par leur persistance et leur autorité, cette influence peut finir par être décisive.

Les impulsions maladives, au contraire, ne sont influencées par aucune de ces circonstances. Leur durée, leur terminaison et leur récidive, varient comme les maladies dont elles sont un symptôme. Guérissez l'hystérie, l'épilepsie, la folie, l'empoisonnement alcoolique, et vous guérirez l'impulsion maladive ; que la maladie reparaisse, soit sous l'influence de la ménopause, soit après de nouveaux excès alcooliques, et l'impulsion renaîtra avec elle. Les influences morales, si persistantes et si autorisées qu'elles soient, sont sans action sur les impulsions maladives ; et le traitement moral, comme le pratiquait Leuret, était une grande illusion.

2° *Différences dans l'acte lui-même.* Nous devons examiner l'acte lui-même dans son intensité et dans ses motifs.

a. *Intensité de l'acte.* Les actes produits par les impulsions passionnelles ont tous une grande violence ; ainsi l'homme emporté par la colère, brise, frappe à coups redoublés et produit de grands désordres. Mais la violence des actes dus à l'impulsion maladive est encore plus grande. Ainsi les meurtres commis sous l'influence de ces impulsions sont habituellement empreints d'un caractère de férocité et de barbarie sans but tout particulier ; des coups violents et multipliés, des plaies énormes pratiquées quand la victime a cessé de vivre, sont des circonstances habituelles dans les meurtres qui sont

dus à une impulsion maladive. L'impulsion génitale prend la forme du satyriasis ou de la nymphomanie, et les œnomanes boivent avec une continuité rare même dans l'ivrognerie la plus avancée.

b. *Motifs de l'acte.* C'est ici le caractère différentiel le plus important entre l'impulsion passionnelle et l'impulsion maladive.

Pour bien faire comprendre ce qu'était l'impulsion maladive, nous avons été obligé, dans un chapitre précédent, d'étudier à fond cette question des *motifs de l'acte.* En étudiant le rapport de l'acte et de son mobile extérieur, nous rappellerons ici que l'absence des motifs ou la contradiction, le défaut de proportion entre l'acte et les motifs invoqués, sont des caractères précieux pour distinguer l'impulsion maladive de l'impulsion passionnelle. Nous devons encore ajouter comme signe d'une grande valeur les motifs extravagants ou dépravés dont nous avons donné des exemples.

En résumé, un rapport contre nature entre l'acte et son mobile ou l'absence complète de ce mobile, la violence de l'acte produit, l'influence sur la production, la marche, la durée, la cessation et le retour des impulsions d'une maladie déterminée, tels sont les caractères principaux à l'aide desquels on parviendra le plus souvent à distinguer l'impulsion maladive de l'impulsion passionnelle. Mais le médecin légiste doit être bien convaincu que de tous les caractères, le plus important est celui tiré de l'existence d'une maladie dont il doit s'efforcer de déterminer l'espèce. Quand du symptôme *impulsion maladive*, il s'est élevé à la maladie : folie, épilepsie, hystérie, empoisonnement, etc., il a réellement résolu le problème; mais jusque-là il n'a que des probabilités, ce qui est insuffisant en médecine légale.

B. *Dictinction de l'idée délirante et de l'idée extravagante.*

Cette distinction présente rarement une difficulté sérieuse, parce que presque toujours l'idée délirante s'accompagne d'hallucinations qui ne peuvent laisser subsister de doute sur la nature pathologique de ces désordres.

On a voulu faire de la *fixité* un caractère distinctif de l'idée délirante de l'aliénation et en particulier de l'aliénation symptomatique de la folie. Mais c'est là une erreur. D'abord, il y a des formes de la folie dans lesquelles les idées délirantes sont extrêmement mobiles, la forme périodique par exemple. Ensuite les idées extravagantes des illuminés et des systématiques ont une fixité comparable à celles de la monomanie.

Deux caractères surtout serviront à distinguer l'idée délirante de l'idée extravagante, le premier est tiré de l'idée elle-même. Le plus souvent dans l'aliénation l'idée délirante est d'une absurdité tellement monstrueuse qu'on ne peut conserver aucun doute sur sa nature; ainsi c'est l'idée d'être mort, d'être pape, l'idée que quelqu'un passe par le trou d'une serrure, etc.

Cependant ce caractère d'absurdité n'est pas constant, et il y a des gens qui sont tourmentés par un ensemble d'idées délirantes assez bien coordonnées pour faire illusion. Ordinairement dans ce cas le délire part d'un fait réel. Ainsi, un employé, déjà malade et pour cette raison même remplissant mal ses fonctions, vient à perdre sa place; il bâtit sur ce point de départ trop réel une foule d'idées délirantes, de persécution, de lettres anonymes, de dénonciation quelquefois assez bien systématisées pour qu'il soit difficile de reconnaître, à un premier examen, le caractère pathologique de ces idées.

Mais le véritable caractère distinctif de l'idée délirante se tire de son rapport avec une maladie déterminée. L'idée délirante n'existe jamais à l'état de phénomène isolé, c'est toujours un symptôme d'une maladie, maladie qui lui imprime un cachet particulier et détermine son évolution. Dans la forme commune de la folie, par exemple, les idées délirantes ont beaucoup de suite et les malades défendent leur système avec une logique souvent remarquable; dans la paralysie générale, au contraire, les idées délirantes sont décousues, contradictoires, et le malade les modifie à la première objection.

Les idées extravagantes naissent habituellement à propos de lecture, de conversation; elles s'entretiennent et s'augmentent par la méditation, par l'exemple, l'entraînement, par un enseignement fait en vue de propager ces idées. Elles durent tant qu'on n'est pas parvenu à démontrer à l'extravagant la fausseté de ces idées; mais, une fois cette démonstration faite, l'idée extravagante ne se reproduit plus tant que cette démonstration subsiste; en un mot, l'idée extravagante naît, se développe et se conserve en vertu d'opérations intellectuelles vicieuses; elle est accessible au raisonnement et peut être rectifiée par lui.

L'idée délirante, au contraire, naît, se développe, disparaît et revient comme la maladie dont elle est le symptôme. Le raisonnement n'a aucune prise sur elle; et si, au début de l'aliénation, on parvient quelquefois à faire reconnaître à l'aliéné l'absurdité de son idée et à l'y faire renoncer, la maladie continuant à se développer, l'idée revient et tous les raisonnements sont vains.

Nous ajouterons un dernier caractère distinctif qui ressort de ceux déjà indiqués, c'est que l'idée extravagante est susceptible de se propager à un nombre plus

ou moins grand d'adeptes et de donner naissance à des écoles et à des sectes. L'idée délirante, au contraire, ne s'impose jamais aux personnes qui sont en rapport journalier avec le malade. Les rois et les dieux des asiles restent seuls persuadés de leur grandeur et de leur toute-puissance; et ils ne trouvent parmi les malades ni sujets, ni adorateurs. Le fou en proie aux idées délirantes les mieux systématisées est sans influence sur ses compagnons, et c'est là, je le répète, un caractère distinctif fort important.

Quant à ce qu'on est convenu d'appeler *les épidémies d'aliénation mentale*, pendant lesquelles une même extravagance se communique à toute une population, ce sont des faits complexes, discutables, et par conséquent qui ne peuvent servir à déterminer les caractères de l'idée délirante. Ces prétendues épidémies de folie, nous l'avons déjà dit ailleurs, et nous y reviendrons prochainement à propos des faits de Morzine, n'ont aucun caractère pathologique. P. Jousset.

— La suite au prochain numéro. —

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES EMBOLIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA DIATHÈSE PURULENTE

— SUITE (1) —

III

Nous venons d'étudier les thromboses périphériques, les évolutions, les transformations successives du caillot, les circonstances qui pendant cette évolution peuvent prédisposer à la production des caillots migrateurs. Avant de nous appliquer directement à l'étude des

(1) Voir *l'Art médical*, février 1865.

embolies, une question se pose : existe-t-il des thromboses pulmonaires ; ces thromboses pulmonaires sont-elles toujours le résultat d'une embolie ?

Virchow admet dans toute sa rigueur la conclusion que voici : dans tous les cas où l'on trouve simultanément des oblitérations vasculaires dans le poumon et dans les veines des membres, les premières ont toujours pour origine les secondes ; c'est-à-dire que le caillot pulmonaire est toujours embolique. L'affirmation est impérative, elle suscite des doutes, mais l'auteur a réponse à tout. Il moule élastiquement sa théorie sur chaque cas. Si la présence du caillot ancien (caillot embolique) n'est pas constatée, il recourt à l'embolie capillaire pour expliquer l'oblitération de l'artère pulmonaire, à partir des vaisseaux du plus petit calibre. On voit d'ici le mirage de l'imagination qui se substitue à l'austère observation des faits. Comment envisager froidement que dans chaque extrémité capillaire une parcelle embolique aille systématiquement se loger ? Les capillaires, grâce à leur ténuité, jouent toujours un grand rôle dans les explications hydrauliques. On se souvient des phlébites des capillaires, des phlébites du système osseux, naguère encore toujours invoquées, alors qu'une autopsie n'avait pas révélé de veine enflammée dans les cas de diathèse purulente.

Mais qui veut trop prouver ne prouve rien. — Pourquoi refuser d'admettre la formation de coagulations autochtones dans le poumon ? Sur quel motif fonder cette exclusion ? Pourquoi ne pas vouloir accepter qu'un caillot puisse se former pendant la vie autour d'un caillot embolique ? Les auteurs français qui se sont occupés des embolies, les D[rs] Ball et Lemarchant entre autres, admettent les caillots autochtones de l'artère pulmonaire.

Quelques détails encore touchant les matériaux anatomiques qui se groupent autour de cette question des embolies.

Nous avons étudié les thromboses dans les veines périphériques, la formation des thromboses de l'artère pulmonaire et des caillots autochtones que nous croyons fort possible dans ces vaisseaux. Nous devons ajouter quelques mots à ce que nous avons dit des embolies capillaires du poumon. Par ces embolies Virchow prétend expliquer les dépôts fibrineux multiples que l'on rencontre dans les poumons, dans le foie, la rate, les reins et autres organes parenchymateux dépendant de la circulation générale. De là, par voie de conséquence, les apoplexies pulmonaires, les ramollissements du cerveau, etc. — Poursuivant la voie théorique qu'il a ouverte, ces petits noyaux fibrineux deviendraient les centres inflammatoires de phlegmasies circonscrites. En définitive, les abcès métastatiques des organes parenchymateux trouveraient dans les embolies capillaires une explication qui paraît irréprochable à Virchow et à ses partisans.

Nous accéderions plus volontiers aux embolies rétrogrades ou veineuses du poumon. Si l'artère pulmonaire traversée par le sang de l'organisme entier est le rendez-vous général de tous les caillots migrateurs du système veineux, à leur tour les veines correspondantes doivent transporter quelquefois dans la circulation générale des masses détachées de tumeurs le plus ordinairement situées dans les poumons, les reins, la rate. On a cru reconnaître dans le cœur gauche des débris de foyers gangréneux et de tumeurs encéphaloïdes provenant des poumons.

Le cercle entier des lésions qui peuvent concourir à la formation des embolies a été parcouru, et nous

avons indiqué aussi les plus importantes des lésions consécutives que l'on peut rattacher à la présence des caillots migrateurs; il reste à reproduire le tableau des symptômes qui, d'après Virchow, signalent l'itinéraire de ces fragments errants.

Ne le perdons pas de vue, l'embolie est un incident fortuit, résultat de certaines dispositions anatomiques. Laissons de côté les embolies capillaires, dans lesquelles il ne faut voir qu'un prolongement théorique des vues de Virchow. En définitive l'embolie est un mécanisme de mort. Un fragment de caillot se détache du coagulum d'une veine obliterée; cette parcelle, devenue caillot migrateur, va s'enclaver dans l'artère pulmonaire: si la lumière des vaisseaux est en totalité et subitement interceptée, la mort subite est le résultat de la production de l'embolie, c'est le cas le plus fréquent.

Cependant, par suite d'une disposition spéciale du caillot enclavé, la lumière du vaisseau peut ne pas être complétement interceptée, le caillot s'étant arrêté sur un éperon et de là se brisant peu à peu par parcelles sous le choc du courant sanguin ou servant de centre de formation à des caillots nouveaux. Il s'établit alors une lutte qui peut durer quelques jours, quelques heures, quelques semaines, et qui parfois peut se terminer par la guérison.

En présence d'un obstacle apporté à la circulation pulmonaire, on voit, dit Virchow, surgir un ensemble de phénomènes dont les uns se rattachent à la syncope, tandis que les autres se rapprochent de l'asphyxie.

Le pouls, d'abord tumultueux et violent, devient faible et insensible. Il en est de même des battements du cœur; ce sont les signes d'un grand trouble dans la circulation générale. D'autre part, la dyspnée excessive, le besoin d'air, le refroidissement des extrémités, la

cyanose, indiquent un désordre profond des fonctions respiratoires. La température du corps baisse rapidement; il n'y a ni toux, ni expectoration; l'agitation du malade est extrême, mais la netteté de l'intelligence est parfaitement conservée.

Un état si violent ne saurait durer longtemps sans amener la mort. Quand la vie se prolonge, il s'établit des temps de rémission et de crise; on veut attribuer aux déplacements du caillot ces alternatives de rémission et d'exacerbation.

Enfin les forces s'épuisent, les battements du cœur s'affaiblissent graduellement, une sueur visqueuse inonde la surface du corps, et la mort survient tantôt brusquement, tantôt après une lente agonie.

L'auscultation et la percussion ne fournissent aucun renseignement; ces données sont négatives. C'est un spectacle singulier que celui d'un malade en proie à un violent accès de suffocation, sans aucun obstacle au passage de l'air dans les poumons. Quand le médecin voit se produire soudainement ces phénomènes, en l'absence de toute affection chronique du cœur ou des gros vaisseaux, il est en droit de soupçonner une obstruction pulmonaire.

Dans le cas où la vie se prolonge, se manifestent des affections consécutives, des apoplexies, des gangrènes partielles.

Le système nerveux participe aux désordres que trahit l'appareil cardiaque pulmonaire; des vertiges, des troubles visuels s'ajoutent aux accidents asphyxiques, la stupeur, des convulsions, une exophthalmie singulière, peuvent survenir; enfin une syncope inattendue vient quelquefois terminer la scène.

Virchow ajoute beaucoup de symptômes empruntés à des vivisections, à des expériences faites sur des ani-

maux. De pareils signes ont peu de valeur. La pathologie sérieuse ne se fait pas ainsi. De même pour le diagnostic différentiel, les auteurs en ont établi de fort ingénieux; mais ces conceptions ne tiennent pas devant l'examen, la systématisation physiologique se trahit à chaque instant.

On a avancé que la soudaineté des accidents et la préexistence d'une thrombose périphérique sont les meilleures bases qui puissent servir à formuler le diagnostic d'une embolie veineuse. Tout au plus cette coïncidence peut-elle fournir des présomptions. — Qui dit thrombose ne veut pas dire nécessairement qu'il ait pu se produire un caillot migrateur. Il y a des thromboses forcément inoffensives. Leur présence ne peut pas plus légitimer un accident embolique nécessaire qu'elle n'était suffisante autrefois pour autoriser à croire au passage du pus dans les veines. Nous parlons du temps peu éloigné de nous encore où toute thrombose était considérée comme une phlébite.

IV

En définissant l'*inopexie*, c'est-à-dire la disposition générale du corps à la coagulation, par conséquent à la formation des thromboses, puis aux accidents embolitiques, nous avons rapidement indiqué que cet état particulier du liquide sanguin était symptomatique de la cachexie qui termine la plupart des maladies constitutionnelles et diathésiques. Il y a quelques remarques séméiotiques à faire sur la marche de l'inopexie et des thromboses suivant les différentes maladies où l'on voit se produire ces phénomènes. Ces remarques trouveront une place légitime dans l'article suivant, où il sera traité de la coagulation du sang, des oblitérations et des phlegmasies veineuses dans la diathèse purulente.

Les faits d'anatomie pathologique sur lesquels repose la théorie de l'embolie viennent d'être exposés. Les symptômes que ses partisans groupent autour de l'accident ont été énumérés. Il resterait à soumettre et les faits invoqués et les conséquences tirées à une discussion critique. Il le faut reconnaître, si la systématisation de Virchow est ingénieuse, elle n'est pas moins hardie. Plusieurs pensent que l'auteur a excédé dans ses conclusions, et que, tout en paraissant s'appuyer constamment sur des faits, il obéit à la domination impérieuse de ses conceptions *a priori*.

Rien de plus légitime et de plus autorisé que ces doutes, ils sont dignes d'un examen sérieux. La théorie de l'embolie a subi fort peu de critiques. Il semble que l'audace de l'auteur ait intimidé les contradicteurs; il importe cependant de fixer les limites dans lesquelles on peut accorder que les faits invoqués incombent à son interprétation. Notre intention n'est point de faillir à cette difficulté de notre sujet, mais nous croyons plus opportun, plus rationnel surtout, de placer cette appréciation au terme de ce travail. La théorie de l'embolie est ambitieuse. Il ne suffit pas d'en apprécier seulement le mécanisme immédiat et l'application prochaine. Les prétentions lointaines incombent aussi au jugement : pour être équitable, il ne les faut point séparer de l'instrument théorique qui, dans la pensée de l'auteur, est destiné à leur donner la vie et la réalité.

En d'autres termes, la critique des explications physiques sur laquelle repose la théorie des embolies ne doit pas être disjointe de celle des systèmes étiologiques que Virchow à voulu greffer sur elle par voie immédiate de conséquence.

ÉDOUARD DUFRESNE,
de Genève.

— La suite au prochain numéro. —

CAUSERIES CLINIQUES

DU TRAITEMENT MÉDICAL DU STRABISME

SUITE (1)

X[e] OBSERVATION.

Strabisme convergent de l'œil droit, symptomatique de la syphilis, guéri par l'iodure de potassium.

Paralysie syphilitique de la sixième paire (à l'œil droit), quatre ans après des chancres à la verge ; traitement spécifique. Guérison.

« Le nommé Markor, âgé de 27 ans, tempérament lymphatique, constitution détériorée, profession de barbier, avait contracté, pour la première fois, en 1848, des chancres sur le dos du gland et au frein de la verge. Dès le début, cet individu avait consulté un empirique et plus tard un médecin, qui l'avaient tous les deux traité, pendant des mois entiers, par le mercure. Les chancres se cicatrisèrent, et il avait lieu de se croire guéri, lorsqu'il lui survint, sans contagion nouvelle, un érythème papuleux, dont le corps et surtout les membres inférieurs furent envahis. En outre, il perdit ses cheveux vers la même époque. Cet érythème s'est développé sans fièvre ni démangeaison.

« S'étant alors, une première fois, rendu à l'hôpital de Yédi-Coulé, il y fut admis par M. Karstorki. Quoique tous les accidents parussent céder à l'emploi des mercuriaux, le malade quitta l'hôpital malgré les sages conseils de ce médecin, de qui je tiens ces renseignements.

« Le 15 février 1852, c'est-à-dire deux ans après sa sortie de l'hôpital, Markor y revient de nouveau, et cette fois il est admis dans mon service.

« *État actuel :* Il était atteint des accidents tertiaires ; plusieurs petites tumeurs ou périostoses à la partie antérieure et moyenne du tibia droit et à la clavicule gauche, avec douleurs s'exaspérant à la pression. Aucune altération ou changement de couleur à la peau recouvrant ces tumeurs, sauf un peu d'empâtement.

« La situation des yeux m'ayant frappé, voici ce que je constatai :

« Le globe oculaire droit était fortement porté vers le nez, dans le

(1) Voy. *Art médical*, janvier et février 1865.

grand angle de l'œil; la cornée se trouvait presque entièrement cachée dans cet angle.

« Il y avait impossibilité absolue de ramener l'œil en dehors ou vers le petit angle. Le malade ne pouvait diriger cet organe que seulement en haut et en bas, et ceci encore dans une très-minime étendue. Toutefois, il arrivait que, par intervalles éloignés, la cornée se montrait presque en entier, mais elle disparaissait aussitôt en se reportant vers le grand angle.

« Quant à la pupille, elle paraissait d'une contractilité normale et sans déformation appréciable.

« Le malade voyait les objets doubles; mais, si on lui fermait l'œil paralysé, la vision de l'autre étant très-nette, il distinguait alors la forme et le nombre des objets qu'on lui présentait à une distance convenable; et, par contre, si fermant l'œil sain, on l'engageait à ne regarder que de l'œil malade, la confusion des objets et la diplopie se reproduisaient à l'instant.

« Ces phénomènes diplopiques variaient suivant le nombre et la forme des objets placés devant le malade. Ainsi, ces objets sont-ils sphériques, le malade accuse la perception de deux images situées à côté l'une de l'autre; sont-ils allongés, comme un crayon, ou un doigt, par exemple, et situés dans le sens vertical, les images lui paraissent encore à côté l'une de l'autre; mais le crayon ou le doigt est-il placé dans le sens horizontal, les images sont alors l'une sur l'autre.

« Rien de particulier du côté du cerveau; d'ailleurs toutes les fonctions sont physiologiques. Le malade se plaint seulement d'une douleur de tête gravative, s'exaspérant par la chaleur et surtout la nuit, douleur dont le siége principal est la région temporo-maxillaire et l'arcade sourcilière du côté droit.

« *Diagnostic* : Paralysie du nerf oculo-moteur externe. Accidents tertiaires syphilitiques, dont le point de départ par des chancres, il y a quatre ans.

« *Prescription* : Une pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 5 centigrammes chaque jour, vésicatoires sur les parties douloureuses (tempes, clavicule, tibia), pansement de ces vésicatoires avec des cataplasmes arrosés de laudanum ; régime substantiel.

« Ce traitement fut régulièrement suivi jusqu'au 24 février sans apporter de grands changements dans l'état du malade. Seulement trois ours après l'application *loco dolenti* de ces vésicatoires, la douleur y fut considérablement diminuée. — Même prescription, et iodure de potassium 2 grammes par jour.

« Le 9 mars, l'adduction de l'œil paraît moins prononcée, quoique la diplopie persiste encore. Les douleurs ostéocopes ont cédé, mais les périostoses subsistent. L'état général du malade présente également de l'amélioration. — Même traitement, et compression méthodique sur les tumeurs du tibia au moyen des bandelettes de l'emplâtre de Vigo.

« Le 20 mars, amélioration croissante dans les accidents syphilitiques. L'adduction de l'œil est toujours moindre, bien que la vision soit encore assez confuse. — Même prescription ; nouveaux vésicatoires sur les mêmes régions.

« Le 20 avril, amélioration très-notable dans l'état général. L'adduction de l'œil n'existe plus, la distinction du nombre et de la forme des objets se fait bien. — Même traitement, excepté les vésicatoires.

« Le 4 mai, guérison. Tous les mouvements de l'œil sont libres et physiologiques. Le parallélisme des yeux est parfait, l'état général très-satisfaisant.

« Le 13, le malade quitte l'hôpital. Depuis il est revenu me voir, et sa guérison s'est maintenue. »

XI. Observation.

Strabisme convergent de l'œil gauche, symptomatique de la syphilis, guéri par l'iodure de potassium.

Paralysie syphilitique de l'œil gauche, deux ans et demi après un chancre induré de la verge ; traitement spécifique. Guérison.

« Le nommé Giorgy, âgé de 28 ans, tempérament sanguin, bien constitué, issu de parents sains, courtier-changeur, à Galata, contracta, au mois de juin 1851, un chancre à la rainure de la base du gland, bientôt accompagné d'engorgement indolent des ganglions des aines. M. le Dr Léoni, qui avait diagnostiqué : chancre induré, traita ce malade, pendant plusieurs mois, par la liqueur de Van Swieten. Au bout de ce temps, le chancre s'est cicatrisé, l'adénopathie a disparu, sans suppuration, et on a cru à une guérison définitive. Mais, sept mois après, il lui est survenu, sans fièvre, une éruption caractérisée par de petites taches rosées, ovalaires, sans élevure, que notre confrère reconnut pour être la roséole syphilitique, et, un peu plus tard, des pustules d'impétigo au cuir chevelu. Un traitement hydrargyrique fut de nouveau prescrit, et, au bout de quatre mois, on avait lieu de croire que le malade était guéri.

« En 1852, ce malade ne pensait plus à sa vérole, lorsqu'il fut pris de douleurs rhumatoïdes vagues, qui s'exaspéraient par la chaleur et surtout la nuit.

« Cette fois, il n'a pas consulté son médecin, et s'est borné à prendre des bains d'étuve, dont il s'est bien trouvé. Mais ces douleurs reparurent au mois de septembre, en même temps que des-ulcérations profondes survinrent à la gorge. On a repris alors le traitement mercuriel, qui fut continué pendant quatre mois environ, et les douleurs ont disparu ainsi que les ulcères pharyngiens.

« Au mois de février 1853, céphalée, douleurs ostéocopes, faiblesse générale, affaiblissement surtout des membres. — Pilules Dupuytren, topiques narcotiques, comme traitement.

« Telles sont les circonstances commémoratives fournies par son médecin, qui lui a donné ses soins jusqu'au 25 février.

« Le 4 mai, strabisme convergent de l'œil gauche.

« Le 12, sa famille me fait demander près du malade, et voici ce que je trouve :

« *État actuel :* Giorgy est assis sur un divan, la face tournée vers la fenêtre. Le parallélisme est manifestement détruit, l'œil gauche est porté en dedans, il reste comme encloué dans le grand angle, où la cornée se trouve masquée presque en totalité; on ne peut, d'ailleurs, l'apercevoir qu'en l'examinant de profil.

« Tous les efforts du malade restent impuissants pour ramener l'œil en dehors; il ne peut le diriger que très-légèrement en haut et en bas.

« La pupille, bien que difficile à examiner, paraît néanmoins d'une contractilité normale et sans déformation.

« L'œil droit fonctionne bien et ne présente rien de remarquable à noter.

« La perception visuelle est manifestement troublée; il y a diplopie et confusion des objets placés devant ce malade. Mais, si l'on ferme l'œil gauche (paralysé), la vision de l'autre étant normale, le malade peut distinguer la forme et le nombre des objets; ferme-t-on, au contraire, l'œil droit (sain), et force-t-on le malade à ne regarder que de l'œil affecté, les mêmes troubles se reproduisent aussitôt. Pendant tout le temps que l'on ferme ou qu'on laisse ouvert l'œil sain, il ne s'opère aucun changement dans la disposition de l'œil malade : l'adduction est donc permanente.

« La symétrie de la face paraît intacte, la langue tirée ne présente pas de déviation à la pointe, les commissures labiales sont horizontales.

« L'examen de la cavité buccale et du crâne ne fournit rien de particulier.

« Le nez seul offre, à la vue, un peu de déformation. Un stylet introduit dans les fosses nasales donne la sensation d'une dénudation osseuse.

Du reste, le malade se rappelle parfaitement avoir rendu, en se mouchant, il y a quelques semaines, des parcelles osseuses plates.

« Les deux tibias, le radius gauche, sont le siège de tumeurs osseuses.

« Céphalée, faiblesse générale, appétit normal, évacuations volontaires, mouvements libres, sensation conservée partout ; pas de fièvre.

« *Diagnostic :* Paralysie de la sixième paire, sans lésion cérébrale ; altération syphilitique du système osseux.

« *Prescription :* 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Tisane de quassia amara ; vésicatoire sur la tempe gauche ; régime tonique.

« Le 20 mars, même état de l'œil ; amendement des douleurs ostéocopes. — Même prescription.

« Le 2 avril, peu de changement. — 4 grammes d'iodure de potassium ; vésicatoires sur les parties malades (tibias, radius).

« Le 9, l'adduction de l'œil est moins prononcée. Mêmes phénomènes diplopiques. — Même traitement.

« Le 15, l'adduction est encore bien moins marquée ; l'œil peut même se porter un peu en avant ; mais la cornée ne dépasse pas encore le milieu compris entre le grand et le petit angle de l'œil. Bien que les objets soient plus distincts, la diplopie ne persiste pas moins. — Même prescription. Huile de foie de morue.

« Le 22, amélioration considérable ; l'adduction n'existe plus ; le malade peut diriger l'œil gauche en dehors, toutefois, pas autant qu'avant la paralysie ; il y a même dans l'état de repos une certaine tendance à l'adduction ; néanmoins le malade peut lire les phrases écrites en gros caractères. — 5 grammes d'iodure de potassium, huile de foie de morue ; bains sulfureux.

« Le 4 mai, plus de déviation ; le parallélisme des yeux est rétabli ; liberté de mouvement du globe oculaire en dehors et en dedans ; pas de diplopie ni de confusion des objets, excepté quand ils sont placés à sa gauche. — Même traitement.

« Le 15, guérison complète. J'engage le malade à continuer encore le traitement pendant quelques mois.

« Le 21 juillet, j'ai revu Giorgy, son œil est dans un état physiologique ; son état général satisfaisant. »

XII. Observation.

Strabisme convergent de l'œil gauche, symptomatique de la syphilis, guéri par l'iodure de potassium.

Paralysie syphilitique de l'œil gauche, trois ans après un chancre induré au menton ; traitement spécifique. Guérison.

« P. M... est un jeune diplomate de 32 ans, issu de parents sains ; tempérament nerveux, bien constitué, sans antécédents syphilitiques, ayant eu plusieurs blennorrhagies simples, la dernière en 1855.

« En 1856, il contracta un chancre au menton, pour lequel M. Ricord, consulté, avait inscrit sur la prescription donnée : *chancre induré*, *adénopathie sous-maxillaire*, et avait justement porté un pronostic grave.

« Quelques semaines après cette consultation, une mission en Russie força le malade de suspendre le traitement spécifique ordonné par M. Ricord.

« Néanmoins, ce chancre se cicatrisa spontanément, de même que l'engorgement ganglionnaire se termina par résolution au bout de 45 à 50 jours.

« A son retour à Paris, le malade ne suivit aucun traitement, il vivait d'ailleurs comme s'il n'avait jamais rien eu, lorsqu'en 1857, au mois de septembre, il fut pris de maux de gorge pour lesquels M. Ricord fut de nouveau consulté. Ce syphilographe avait alors diagnostiqué : Plaques muqueuses avec engorgement des ganglions cervicaux postérieurs, et prescrit du protoiodure de mercure. Cette fois-ci encore P. M..., se sentant mieux, avait cessé le traitement au bout de quelques jours.

« Mais, deux mois après, le mal de gorge reparut, et fut bientôt suivi d'une éruption de taches ovalaires rosées dont la surface du corps et surtout celle de l'abdomen et de la poitrine furent recouvertes. Cette éruption s'est développée sans fièvre, ni démangeaison. Peu de temps après cette roséole, il se forma au cuir chevelu des croûtes d'impétigo qui entraînèrent la chute des cheveux. A cette époque, adressé à M. le Dr Uzac, qui lui fit subir un traitement mercuriel jusqu'au mois de février 1858, les accidents secondaires de la syphilis disparurent.

« En 1859, au mois de janvier, il fut pris de douleurs vives, s'exaspérant surtout la nuit et par la chaleur. D'abord intermittentes, elles sont devenues presque continues. Leur siége principal était au sternum, aux clavicules, aux avant-bras et aux jambes. Le malade dit avoir pris des bains de vapeurs et des bains sulfureux, et les douleurs s'amendèrent.

« Au mois de juin, P. M... a encore souffert des mêmes douleurs, mais

cette fois elles se sont localisées à la tête et avec des caractères gravatifs et intermittents, et ont résisté au sulfate de quinine, ordonné par M. le Dr Masson. Alors le malade s'est mis à l'usage de la liqueur van Swieten concurremment à l'iodure de potassium.

« Le 20 août, P. M... me consulte, après M. le Dr Masson, pour des accidents d'un nouveau genre, dont il est atteint depuis le 8 de ce mois.

« *État actuel* : La physionomie du malade, que je connaissais déjà, me frappe tout d'abord par le défaut de parallélisme des yeux : le globe oculaire gauche est dévié en dedans, vers le grand angle de l'œil, où il paraît fortement fixé. L'œil droit occupe sa place habituelle.

« Le malade fait tous ses efforts pour déplacer l'œil gauche, et le ramener vers le petit angle, mais il ne peut y parvenir ; cet organe reste toujours dans l'adduction. Les seuls mouvements qui soient possibles sont l'élévation et l'abaissement vers la voûte ou le plancher de l'orbite, mais dans une étendue tellement limitée, qu'il exige une grande attention pour les constater. En examinant l'œil de profil, c'est à peine si l'on aperçoit une petite partie de la cornée ; cependant elle se montre parfois davantage. La pupille gauche paraît moins dilatée que celle du côté droit.

« Il y a perturbation notable dans la vision, le malade ne distingue pas bien le nombre et la forme des objets placés devant lui. Ainsi, lui présente-t-on un doigt, il dit voir double et d'une manière confuse ; éloigne-t-on un peu le doigt, il accuse toujours la perception de deux images, mais distinctes l'une de l'autre ; éloigne-t-on le doigt davantage, la confusion se reproduit, et cette fois le malade ne distingue plus rien.

« Il est à remarquer que si le doigt est placé dans le sens horizontal, le malade perçoit deux images superposées, et s'il est placé verticalement, les deux images paraissent être sur la même ligne. Il faut ajouter aussi que si l'on ferme d'une main l'œil affecté, le malade distingue parfaitement de l'autre œil ; et si l'on ferme au contraire l'œil sain et qu'on laisse ouvert l'œil affecté, la diplopie et la confusion des objets reparaissent immédiatement. Dans toutes ces expériences l'œil paralysé ne change pas de place ; l'adduction est toujours permanente, que l'œil sain soit ouvert ou fermé.

« Les traits de la face sont assez réguliers, la sensibilité y paraît conservée, la pointe de la langue n'est pas divisée, le malade peut souffler, la mastication et la déglutition n'offrent rien de particulier.

« Pas de nausées, ni de vomissements, l'intelligence est intacte, les évacuations volontaires, les mouvements libres ; en un mot, il n'y a rien actuellement qui puisse faire admettre l'existence d'une lésion des centres nerveux.

« L'état général est détérioré, faiblesse générale, palpitations et dyspnée. L'auscultation et la percussion ne dénotent rien au cœur ni aux poumons.

« *Diagnostic :* Paralysie du nerf oculo-moteur externe, accidents syphilitiques du tissu osseux.

« *Prescription :* 2 grammes d'iodure de potassium par jour, infusion de quassia amara, 4 pilules d'iodure de fer; friction d'onguent napolitain belladoné sur la tempe gauche.

« Le 2 septembre, pas de changement marqué, sauf la pupille qui paraît un peu plus dilatée à gauche qu'à droite. — Même prescription.

« Le 10, même état. — 3 grammes d'iodure de potassium; vésicatoire à la nuque.

« Le 13, les douleurs de tête sont moindres. — Même prescription.

« Le 19, amélioration dans l'état général, sommeil plus calme. — 4 grammes d'iodure de potassium; vésicatoire sur la tempe gauche.

« Le 27, amélioration marquée; le malade ne souffre presque nulle part, l'adduction de l'œil est la même. — Même prescription.

« Le 3 octobre, l'amélioration continue, l'adduction de l'œil semble moins prononcée. — Même traitement.

« Le 9, depuis cette époque jusqu'au 22, l'adduction du globe oculaire a diminué graduellement.

« Le 30, rien de remarquable à noter.

Le 7 novembre, le malade peut diriger l'œil gauche en dehors vers la tempe, mais pas au même degré que l'autre œil; de sorte que si le malade cesse de faire quelques efforts pour porter l'œil en dehors, l'adduction se reproduit aussitôt; quand le malade regarde fixe en face de lui, le défaut de parallélisme existe à peine. — 5 grammes d'iodure de potassium; vésicatoire à la tempe gauche, compression méthodique sur les tumeurs osseuses du tibia et du radius au moyen de l'emplâtre de Vigo.

« Le 16, l'œil est revenu à sa place primitive, le parallélisme est rétabli, la diplopie n'existe plus que quand le malade fixe un objet placé à gauche. L'état général est très-notablement amélioré; le malade cesse tout traitement.

« Le 25, P. M... s'est livré à quelques excès vénériens; le lendemain, la paralysie de l'œil gauche a reparu. M. le Dr Cullerier, qui a bien voulu voir ce malade avec moi, a diagnostiqué également une paralysie syphilitique et proposé d'insister sur l'iodure de potassium à haute dose, et des frictions mercurielles sur le cuir chevelu. Ce traitement a eu pour résultat la guérison de la paralysie de l'œil, et le malade a pu quitter Paris le 13 janvier 1860. »

J'ai trouvé dans la littérature médicale :

1° Beaucoup de paralysies syphilitiques de la 3e paire qui sont considérées par M. Ricord comme *un accident fréquent à la période tertiaire ;*

2° Une dizaine de paralysies syphilitiques de la 6e paire ;

3° Deux cas de paralysie syphilitique de la 4e paire.

Il me paraît inutile de rapporter toutes ces observations ; il me suffira de dire que l'iodure de potassium guérit ordinairement ces diverses paralysies. Pour aider à leur diagnostic différentiel, je rappellerai seulement que :

La paralysie de la 6e paire est caractérisée par le strabisme interne ;

La paralysie de la 4e paire par un léger abaissement du globe oculaire, d'où l'inégale élévation des deux pupilles ; l'œil semble alors tiré en bas par le muscle *droit inférieur ;*

La paralysie de la 3e paire est caractérisée par le prolapsus de la paupière supérieure, la dilatation de la pupille et le strabisme externe.

Ces trois variétés de paralysie peuvent être complètes ou incomplètes, exister isolément ou se compliquer, siéger sur un œil ou sur les deux yeux.

Conclusion.

En résumé, douze cas de strabisme ont été guéris par des médicaments :

Deux cas symptomatiques, l'un de la chorée, l'autre du rhumatisme, par *hyoscyamus ;*

Quatre cas symptomatiques de la maladie vermineuse, deux par *cina*, un par *spigelia*, un par *cyclamen ;*

Un cas, symptomatique d'une maladie non spécifiée, par *alumina ;*

Deux cas, symptomatiques, l'un de la paralysie de la troisième paire, l'autre de la paralysie de la sixième paire, par *phosphore ;*

Trois cas, symptomatiques de la syphilis, par l'*iodure de potassium*.

D[r] GALLAVARDIN,
de Lyon.

— La suite au prochain numéro. —

BIBLIOGRAPHIE ET NOSOGRAPHIE

LA SYPHILIS, SES FORMES, SON UNITÉ

PAR LE D[r] J. DAVASSE (1)

Des trois manières de rendre compte d'un livre, deux ici nous sont à peu près interdites : l'éloge et la critique. L'éloge, car, s'il est permis, dans une juste mesure, de louer ce qu'on aime et ce qu'on admire, ce rôle nous siérait mal à plus d'un titre. La critique, à son tour, serait une dure injustice, quand parmi les adversaires il en est qui se déclarent ravis et charmés; et d'ailleurs, en mettant sous nos pieds la plus intime communauté de doctrines, que pourrions-nous blâmer dans ce livre? une étude solide, profonde, toute spéciale de la question? une polémique aussi juste, aussi ferme que courtoise? une victorieuse réfutation d'hypothèses et de systèmes spécieux et populaires, mais radicalement faux? une rare connaissance du sujet dans son ensemble comme dans ses plus minutieux détails? un problème nosologique nettement posé, plus nettement résolu? la part faite à chacun et à chaque chose? toute

(1) Chez J.-B. Baillière et fils. Paris, 1865.

erreur redressée, toute vérité sauve et mise en son lieu, grâce aux principes d'une saine et forte doctrine? en un mot, un grand débat résumé, jugé avec une compétence et une autorité incontestables? une œuvre enfin de vrai médecin et de véritable écrivain?

Si donc nous ne trouvons rien à blâmer dans ce livre que nous ne saurions louer sans inconvénient, il ne nous reste qu'à en donner l'*analyse* pour le faire apprécier à sa juste valeur.

Ce sera, du reste, en rendant ainsi à l'auteur et à son œuvre un légitime hommage, offrir à nos lecteurs un article de nosographie qui ne manquera ni d'intérêt, ni, comme on dit aujourd'hui, d'actualité.

I

« La constitution nosologique de la syphilis, dit M. Davasse, est le nœud gordien de la syphilographie moderne. Où commence, où finit la maladie? C'est un sujet d'incessantes disputes. »

En effet, les travaux abondent, les observateurs, et de vrais observateurs, se multiplient, mais en même temps la confusion, l'incertitude augmentent. Les uns étendent au delà de ses limites naturelles le champ de la syphilis; ils y rattachent à tort des états morbides distincts; comme la blennorrhagie et les végétations; les autres la mutilent arbitrairement et en retranchent des affections qui ne s'en peuvent détacher, comme le chancre simple et le chancre phagédénique. Les uns admettent un seul virus et une seule maladie, les autres reconnaissent deux virus et deux espèces morbides. Deux camps opposés sont en présence : les unitéistes et les dualistes, entre lesquels on compte plus d'une nuance intermédiaire; tel est le triste état de la question après une paix trompeuse de plus de vingt ans, sous le règne d'une doctrine

qui a fait la juste gloire de M. Ricord et qui lui survivra, mais dont les parties hypothétiques, battues en brèche par le temps et l'expérience, ont fait tout remettre en question et failli tout perdre.

En présence de l'anarchie où est retombée la question, il fallait, pour résoudre le problème nosologique de la syphilis, il fallait avant tout parcourir trois étapes successives : *en raconter les phases historiques, répudier les diverses hypothèses qui ont entravé son essor, exposer les principes méthodiques qui doivent présider à sa solution.*

Le livre débute par un historique remarquable; l'auteur nous montre dans une première époque d'un demi-siècle, de Léonicène à Musa Brassavole, les primitives descriptions de ce mal insolite, et passe en revue les conjectures stériles relatives à son origine. Est-ce une maladie nouvelle ou une modification de la lèpre des Arabes, du sahafati (d'Avicenne), de l'éléphantiasis, de l'albos, du formica, de la variole, etc.? Est-ce un produit de quelques conjonctions sidérales, une épidémie causée par des miasmes, le résultat d'inondations extraordinaires, ou l'effet d'une foule d'autres causes qu'inventait à plaisir l'imagination affolée des contemporains?

Dans la seconde moitié de cette première période, la *nouvelle* maladie épidémique et contagieuse, d'une extrême gravité, très-souvent mortelle au dire des contemporains les plus dignes de foi (Léonicène, Gaspard Torella, Montesauro, Benedict, Schelling, Grundpeck, J. Catanée, Conradin, Gilini, Benivenio), pouvait se communiquer par l'atmosphère, par le contact des vêtements, des ustensiles, d'une partie quelconque du corps des malades, mais surtout par les rapports sexuels; cette maladie, disons-nous, d'abord si terrible, paraît s'adoucir; la contagion en est plus restreinte, les symptômes moins cruels; mais, en même temps que le mal

diminue de malignité, le nombre de ses manifestations augmente; tous les observateurs, Fracastor en tête, sont unanimes à cet égard. Ils font, en même temps, connaître des symptômes inobservés jusque-là : Jean de Vigo signale les *exostoses;* Pierre Maynard, les *végétations;* Jacques de Bethencourt, le premier fait de *gonorrhée*; Nicolas Massa, Paracelse, Lobera, le *bubon*, décrit, il faut le dire, avant eux, par Marcel de Côme.

Pierre Pinctor, Jean de Vigo distinguent déjà la maladie en *confirmée* et *non confirmée.*

Dès l'origine, nous voyons donc reconnue de toutes parts et décrite, bien qu'encore confondue avec d'autres états morbides, une maladie nouvelle, grave, désignée par un nom particulier, ayant un mode de contagion spécial; nous voyons déjà signalés ses symptômes principaux, sa cause la plus ordinaire, ses périodes pressenties, son traitement à peu près indiqué par Béranger de Carpi, Jean de Vigo, Nicolas Massa, qui empruntèrent aux Arabes et aux onguents sarrazins, le mercure dont Paracelse vulgarisa l'emploi intérieur. Enfin, on trouve malheureusement déjà formulée l'hypothèse du principe morbifique confondu avec l'essence même de la maladie, comme il l'est encore trop souvent aujourd'hui.

M. Davasse nous montre ensuite au seuil de la deuxième époque les grandes figures de Paracelse, de Fernel et de Fallope, posant les bases de la constitution nosologique de la syphilis : Paracelse résumant les conditions étiologiques du mal sous la formule suivante : *Le mal français naît seulement de Vénus, où il se transmet par l'hérédité;* Fernel décrivant tous les *atria* de la contagion; disant que la lésion initiale est toujours une ulcération, énumérant les accidents primitifs et les phénomènes ultérieurs, distinguant les *degrés* ou les périodes de la maladie, mais rattachant à un principe

unique des accidents dont il attribue la différence, à tort sans doute, mais bien avant M. Ricord, à la constitution individuelle des sujets; enfin, Gabriel Fallope écrit un traité complet sur la matière, où il condense les vérités déjà traditionnelles et les vues nouvelles de son génie propre; il démontre que cette maladie, de récente apparition, est distincte de toute autre, et qu'elle n'est la transformation d'aucun autre état morbide; il divise les ulcérations primitives en trois catégories, qui peuvent servir de base à l'édification définitive des formes de la maladie; il signale en outre la valeur séméiotique de l'*induration*, l'existence du *chancre du canal*, la *coloration spéciale des éruptions vénériennes;* il trace avec une grande justesse les signes de la *maladie confirmée* et *non confirmée;* il distingue la *gonorrhée simple* de la *gonorrhée vénérienne*, et ne confond pas, comme presque tous ses devanciers et ses successeurs, cette dernière avec le flux séminal; en un mot, il dessine admirablement la séméiotique de la syphilis, et sous ce rapport il est remarquablement continué par Varandal et surtout par Thierry de Héry qui tracent plus méthodiquement encore les évolutions naturelles de la maladie.

Dans la troisième époque, qui s'étend de Boerhaave à J. Hunter, sous l'influence des doctrines iatro-mécaniques de l'école de Leyde, l'importance de la cause morbifique ou du virus prédomine. Le virus est considéré de plus en plus comme un être à part, pénétrant l'économie et causant tous les symptômes. De là la prétendue nécessité de l'*éliminer* (Astruc) mécaniquement par la salivation, etc., ou de l'*éteindre* (Chicoyneau, Van Swieten) par l'action prolongée de l'antidote. Astruc, Fabre, Sanchez, étudient les origines de la syphilis, ses métamorphoses, ses dégénérescences; le dernier distingue la

syphilis congénitale et la syphilis héréditaire, et développe la théorie de la *syphilis larvée* dans toute son exagération.

La quatrième époque se rapporte au débat nosologique élevé entre la blennorrhagie et la syphilis. Balfour, Tode, Hunter, B. Bell, Swediaur, font avancer la question sans la résoudre. Mais il faut rendre un hommage bien mérité au sagace chirurgien d'Édimbourg qui sait, mieux que personne, séparer ces deux maladies, réhabiliter le pouvoir contagieux constitutionnel acquis ou héréditaire nié par Hunter, et qui écrivit ces lignes remarquables : « La plus petite parcelle de virus suffit, comme on sait, pour produire la maladie; il est en conséquence aussi naturel de croire qu'elle peut être guérie par une dose très-médiocre d'un remède quelconque qui guérit comme antidote d'un virus. »

Dans la période suivante qui répond à peu près à la première moitié de notre siècle, on voit d'abord Hahnemann, au milieu de vues systématiques, séparer magistralement de la syphilis, la sycose ou maladie des fics.

Mais, après Hernandez et Carmichaël, qui continuent la tradition, arrive l'éclipse causée par le triomphe momentané de la doctrine dite physiologique : Broussais fait table rase; il nie le virus, rejette la contagion, perd de vue l'ensemble des accidents, supprime la maladie et son traitement.

Heureusement, au milieu de ces ruines, parut, il y a trente ans, un médecin doué d'une rare intelligence et d'un sens médical supérieur qui, reprenant l'héritage de Hunter et de B. Bell, releva de cette décadence l'étude des maladies vénériennes. Il la « porta, dit M. Davasse, à un degré de splendeur qu'elle avait à peine connu dans l'histoire de ses plus beaux jours. Jamais doctrine, on peut s'en souvenir, ne fut plus

triomphante à son aurore, et ne parut plus assurée de l'avenir que celle dont l'hôpital du Midi était naguère encore le théâtre retentissant. »

A M. Ricord appartient la gloire incontestée d'avoir distingué définitivement la blennorrhagie, la balano-postite, les végétations, de la syphilis proprement dite, et d'avoir appuyé cette distinction, non pas seulement sur la découverte des chancres dans diverses régions où ils étaient restés jusque-là inconnus, non pas seulement sur les données plus ou moins contestables de l'inoculation, mais sur les différences radicales que présentent les deux maladies dans leurs symptômes, leurs lésions, leur marche, leur durée, l'ensemble de leurs caractères et l'évolution de leurs périodes respectives. « Toute cette partie de la tâche de M. Ricord, s'écrie M. Davasse, est, à notre sens, le plus beau fleuron de sa couronne, elle ne saurait plus être contestée désormais. »

Nous sommes arrivés à l'époque contemporaine qui comprend les vingt dernières années; l'unité de la syphilis est constituée; la blennorrhagie a sa place distincte; mais personne n'avait encore entrepris de rapporter à des formes fixes et constantes les types que présentent les évolutions naturelles de la syphilis. Les éléments de la question existaient dans la tradition et se trouvaient confus et épars, surtout dans les travaux de Carmichaël, de G. Fallope, de Hunter et de M. Ricord. Mais il appartenait à l'inspiration féconde et à l'enseignement de notre vénéré maître, J.-P. Tessier, de résoudre le problème. En 1844, deux de ses premiers et de ses plus distingués élèves, le Dr Jules Helot, ancien interne de M. Ricord, et le Dr Davasse, alors interne à l'hôpital de Lourcine, exposaient, le premier dans sa thèse inaugurale, le second dans un mémoire adressé au jury médical des hôpitaux, les diverses

formes de la syphilis, au nombre de quatre : la syphilis commune ou grave, la bénigne, la phagédénique et l'héréditaire.

Mais, loin d'envisager la question sous ce point de vue lumineux et fécond, les syphilographes contemporains ont fait fausse route, substitué des hypothèses à la vérité, des distinctions arbitraires à des formes naturelles et un morcellement artificiel à l'unité réelle d'une maladie que, dans l'état actuel de la science, il n'est permis ni de confondre avec d'autres, ni de scinder en plusieurs états morbides distincts.

Une première erreur a été de confondre des *périodes* avec des *formes*, et de faire des accidents primitifs une *forme locale*, et des phénomènes consécutifs une *forme constitutionnelle* (à l'exemple de Hunter). Une seconde erreur, non moins fâcheuse, fut de rattacher les différences consécutives à la contamination syphilitique, à des différences essentielles dans la spécificité ou la nature propre du virus. Cette opinion, émise par M. Ricord en contradiction, du reste, avec lui-même (*Lettre sur la syphilis*, 1851, p. 359), fut énergiquement développée pour la première fois par M. Bassereau, d'après lequel il faut scinder désormais la syphilis en deux maladies distinctes, ayant chacune leur virus propre, leur semence originelle particulière, ne se transformant jamais l'une en l'autre, ne se succédant pas l'une à l'autre; l'une ayant existé de tout temps, l'autre ne remontant pas, en Europe, au delà du XVe siècle; la première caractérisée par le chancre simple et le bubon suppuré; la seconde par le chancre induré et par les symptômes constitutionnels.

Mais cette théorie est tellement en contradiction avec les faits, qu'elle a été immédiatement modifiée par une quantité de variantes. Pour MM. Clerc et Maratray,

il y a deux variétés de l'ulcère primitif, se transmettant chacune comme espèce morbide distincte et toutefois ne reconnaissant pas une origine ou une nature différentes. La première en effet, le chancre simple à base molle, à bubon suppuré, n'est qu'une dégénérescence du chancre à base dure, dégénerescence résultant de la communication de ce dernier à un sujet déjà atteint de symptômes constitutionnels. Cette production hybride, le chancroïde, a le malheur d'être en contradiction avec un grand nombre de faits.

Si M. Clerc n'est qu'incomplétement dualiste, M. Diday l'est carrément et résolument ; mais, comme une grande catégorie de faits le gênent et l'embarrassent, il admet deux sortes de virus, dont l'un déploie ou perd au contraire son activité, suivant le *milieu* où il est porté.

Les dissentiments sur l'ulcère primitif à base molle sont moindres sur le chancre induré. Ce dernier a été proclamé seul *infectant* et non auto-inoculable. Seulement les faits, et des faits authentiques, ont montré de nombreuses exceptions à ces prétendues lois. M. Fournier a cherché, par des hypothèses, à expliquer des exceptions aussi embarrassantes.

C'est dans le même but que le chef de l'école de l'Antiquaille, M. Rollet, a inventé le chancre *mixte*, qui répond à tout.

Malgré le chancre mixte, qui n'est pas absolument une chimère, Melchior Robert, de Marseille, après avoir répété bien des fois les tentatives de ses collègues, en contredit les conclusions : il renverse, au nom des faits, toutes les propositions des dualistes, et il conclut de ses expériences, aussi nombreuses que variées, et de l'observation clinique, que, si dans bon nombre de cas le chancre mou ou le chancre induré se transmettent,

chacun selon son espèce, dans un certain nombre de cas aussi, il n'est pas possible de nier qu'ils ne se croisent et ne s'engendrent l'un l'autre, ce qui prouve leur commune origine.

Avec M. Melchior Robert un certain nombre d'autres auteurs ont défendu l'unité de la syphilis. « Parmi ces observateurs et ces critiques, dit M. Davasse, il est juste de citer F. Gabalda qui a mis au jour le travail dogmatique le plus net sur la question. » (*Art médical*, t. XV et XVI.) Il faut mentionner aussi la thèse de M. Maratray, le rapport de M. Cullerier à la Société de chirurgie, les observations de M. E. Langlebert, enfin la thèse récente de M. Gonnard.

Il résulte de cet exposé historique qu'au point où nous en sommes, malgré d'immenses travaux, des trésors d'observation, des vues d'ensemble admirables, tout est remis en question.

Selon M. Davasse, cela tient aux hypothèses gratuites et aux systèmes faux qui embarrassent la science et auxquels il convient de substituer, pour tout sauver, une doctrine vraie et les données pures de la saine observation.

Suivons-le donc dans cette nouvelle partie de son œuvre.

II

Hypothèses et systèmes. Jamais temps plus fécond que le nôtre en déclamations contre les théories, et cependant que d'erreurs, de questions insolubles, de maladies méconnues ou défigurées par les théories. Pour la syphilis, la pierre d'achoppement c'est la théorie du virus, c'est l'exagération de son rôle, c'est le roman de son action dans l'économie. On a fait de ce virus un levain, un ferment, un poison, une semence, un être

à part, ayant son existence propre, ses variétés, et l'on y a rapporté tous les phénomènes et toutes les différences morbides comme à leur cause unique et essentielle.

Parmi les conceptions imaginaires relatives au virus, les deux principales sont : le *virus-levain*, lequel remonte à Fernel, et le *virus-poison*, inventé par Hunter.

A ces deux hypothèses se rattachent le *virus-catalyse* de MM. Littré et Robin, et le *virus-proligère* de M. Virchow.

M. Davasse expose avec sa netteté habituelle et réduit à néant les explications qui sont en contradiction avec les faits. Il montre, avec Hunter et avec B. Bell, ce qu'il faut penser de ce ferment qui ne se comporte pas à la façon des ferments, qui sommeille, agit par périodes, se réveille, et finit par s'éteindre, sans qu'on sache pourquoi la fermentation s'arrête. Puis il bat en brèche l'hypothèse plus spécieuse de Hunter lui-même, du *virus-poison*. « Malgré tout le talent de Hunter, que d'efforts infructueux pour cimenter les parties disjointes de son système ! Tantôt c'est l'absorption physiologique du poison morbide qui forme la clef de voûte unique étayant la théorie ; tantôt c'est la structure anatomique, le jeu des sympathies, l'aptitude des organes qui en sont le soutien, selon le besoin. Mais, si l'on regarde à quelques-unes des applications pratiques de cette hypothèse, que d'erreurs funestes n'a-t-elle pas enfantées ! Le poison, sous l'influence des liquides et des solides organisés, après l'infection de l'économie, perdant le pouvoir de se reproduire !... en conséquence la contagion des accidents constitutionnels et de la syphilis héréditaire niée ! la transmission de la maladie par les nouveau-nés, par le lait des nourrices, par le sang, par le sperme, par l'ovule, niée ! niées, systématiquement niées, ces vérités pratiques, pour la plupart du premier ordre, in-

contestées jusque-là, dont la réhabilitation devait coûter plus de soixante ans de travaux, de luttes, et occasionner, on peut le dire, toutes sortes de méprises, de suspicions, de malentendus dans la pratique, sans compter les scandales d'une impitoyable expérimentation ! »

L'auteur rappelle l'argumentation du Dr Hélot ; il oppose, avec Gabalda, Hunter à Hunter lui-même. Il montre enfin qu'il n'y a pas le moindre rapport à établir entre l'importance des accidents syphilitiques ultérieurs et le nombre ou la gravité des ulcérations virulentes, c'est-à-dire entre la cause supposée et l'effet prétendu, entre la dose toxique et la gravité de l'empoisonnement; en un mot, que le virus-poison n'est pas un poison, puisqu'il n'en a ni les effets ni les caractères.

La théorie de M. Ricord renouvelée de Hunter n'est pas moins fausse et moins dangereuse. Nul n'honore plus que M. Davasse le talent de M. Ricord, son intelligence, les grands services qu'il a rendus ; nul ne proclame plus haut la grandeur et la vérité de sa doctrine; mais personne non plus ne réduit mieux à sa valeur les théories d'intoxication de M. Ricord. Citer la phrase suivante c'est le réfuter : il y a « deux modes d'absorption que Hunter a eu le grand tort de ne pas admettre, qui expliquent tout admirablement, savoir : l'absorption lymphatique qui donne lieu aux bubons virulents inoculables, et l'absorption veineuse qui va produire l'empoisonnement général ou la syphilis constitutionnelle *qui ne s'inocule plus*... » On sait si, depuis, l'expérience a ratifié le fait et son explication ! « Peut-être aujourd'hui, ajoute notre auteur, le maître aurait-il plus de réserve ; il est un temps où les hypothèses tombent comme les feuilles mortes, et nous quittent comme les illusions. »

Ce n'est pas à dire, bien entendu, que l'on doive nier

l'absorption lymphatique et veineuse; mais ce qui ne se peut tolérer, c'est d'accorder à l'intoxication le rôle de cause prochaine, c'est d'y rapporter l'essence ou la nature de la maladie. C'est d'établir une proportion qui n'existe pas entre les phénomènes morbides, les formes, l'intensité de la maladie, et la gravité de l'intoxication, les variétés du poison; c'est d'amalgamer les hypothèses : ferment, virus, poison, graine; c'est de rattacher les formes et les variétés de la syphilis, tantôt à la différence du virus, tantôt à la différence du terrain; c'est de faire, non moins arbitrairement, de cette maladie, comme M. Diday, par exemple, une intoxication-diathèse; c'est surtout d'admettre « autant de causes ou de virus que de formes, de variétés, de périodes et d'affections diverses de la syphilis; plusieurs séries de doubles virus pour le chancre aigu ou simple, et pour le chancre chronique ou phagédénique, pour l'ulcère infectant et le non infectant; pour la syphilis faible et pour la syphilis forte, pour la syphilis congénitale des enfants et pour la syphilis héréditaire des adultes; en outre une trilogie virulente pour les trois phases de la syphilis confirmée; enfin autant de virus multiples disséminés dans le temps et dans l'espace qu'il existe de variations historiques ou climatériques de la maladie. »

Mais ce n'est pas tout, que d'erreurs sous le rapport du traitement n'ont pas engendrées les idées hypothétiques! De l'idée de poison, de virus, est née celle de neutraliser sur place la matière vénéneuse, par certaines applications, par la succion, par les caustiques; de l'idée de la corruption des humeurs naquit celle de leur purification ou de l'expulsion de l'humeur proscrite. De l'idée du poison est venue celle de l'antidote, du spécifique, et celle de l'expulsion mécanique par le mercure,

physiologique par les sueurs, celle de la neutralisation par certaines substances, etc. etc.

III

Aux hypothèses impuissantes et fausses, aux explications qui n'expliquent rien, au ferment qui n'est pas un ferment, au poison qui ne se comporte comme aucun poison, M. Davasse, nourri d'idées plus saines, formé à une école plus sévère, substitue une méthode sûre, une *doctrine* exacte et vraiment médicale. Est-ce l'observation pure qui a manqué dans ce domaine si exploré de la syphilis? Non certes; les faits abondent, la science en regorge; mais, faute de principes, on ne s'entend ni sur la valeur, ni sur la signification, ni sur la place hiérarchique de ces faits. La doctrine de l'*essentialité* des maladies, l'idée nette de ce qu'on doit entendre par le mot *virus*, la connaissance des *prédispositions définies* et des *formes* des essences morbides : telles sont les notions lumineuses à l'aide desquelles il est possible de résoudre la question jusque dans ses plus inextricables difficultés. En effet, le virus n'est pas un *être*, mais un *mode*, la *conséquence* de la maladie, non son *principe*, un moyen de transmission, une cause occasionnelle, un *instrument*, non une *cause efficiente*, mais un *produit morbide* en un mot, supposant une première maladie spontanément développée; la syphilis n'est pas une maladie de cause externe comme les empoisonnements qui sont en rapport exact d'*intensité*, de *continuité* avec leur cause, qu'on peut produire et reproduire à volonté, toujours en proportion de la dose toxique; mais cette maladie répond comme toute autre à une prédisposition définie qui paraît manquer chez certains sujets. C'est ainsi que s'explique le fait de quelques individus complétement réfractaires à l'action

du virus, tandis qu'on n'a jamais vu personne résister indéfiniment à l'influence d'une dose quelconque de n'importe quel poison.

Le virus cesse donc d'être l'essence, la cause prochaine de la syphilis ; il n'en est que l'effet, le produit, le caractère, l'agent habituel de transmission.

Avec d'autres produits morbides *multiples et variés*, il concourt à faire ranger la syphilis au rang des maladies dites constitutionnelles, et à la distinguer des diathèses qui sont caractérisées par l'*identité* de leurs produits.

Enfin, comme le virus ne suffit pas pour expliquer les types variés de la maladie ; force est donc de rattacher ces types à des différences naturelles et permanentes, dans une même espèce, que présentent tous les états morbides essentiels, c'est-à-dire aux *formes*.

Le terrain ainsi préparé, M. Davasse entre à pleines voiles dans la description de la syphilis et de ses formes, tenant compte ainsi et de l'*unité* du mal et de toutes ses *différences*, dans leur hiérarchie : formes principales, variétés, idiosyncrasies.

Il admet la syphilis simple ou bénigne ;

La syphilis phagédénique ou maligne ;

La syphilis grave ou confirmée ;

La syphilis héréditaire, congénitale ou héréditaire proprement dite ;

Enfin les syphilis endémo-épidémiques.

IV

La forme *simple* ou *bénigne* « offre une grande simplicité dans ses phénomènes, une grande rapidité dans ses évolutions, une véritable bénignité dans son génie, la plus complète activité dans son pouvoir contagieux. Son domaine ne s'étend pas au delà du voisinage de sa

première insertion. Elle a ponr caractère le chancre mou, franchement suppuré, souvent multiple, souvent aussi escorté du bubon aigu. »

Cette forme peut offrir divers *degrés*. Le degré le plus léger est caractérisé par l'évolution d'un ou de plusieurs chancres mous, simultanément ou successivement développés.

Dans le second degré, les altérations s'accompagnent de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins. Le plus souvent un noyau superficiel unilatéral ou bilatéral s'enflamme. Ce *bubon* se termine par résolution ou par suppuration. De deux choses l'une alors : ou bien le bubon n'est qu'une complication accidentelle, son évolution est rapide et son pus non inoculable ; ou bien c'est un symptôme essentiel, l'inflammation est plus vive, le pus virulent, l'affection plus rebelle. Dans ce cas, le bubon abcédé est un nouveau et véritable foyer chancreux.

Dans une troisième variété, la *gangrène* envahit les ulcérations ordinairement peu de jours après leur début, et la mortification des tissus entraîne une perte de substance plus ou moins grande.

On voit aussi parfois l'état *diphthéritique* venir compliquer les ulcérations, en prolonger la période envahissante et ajourner au moins leur cicatrisation.

Enfin les chancres peuvent prendre l'aspect *phagédénique ;* mais ici le phagédénisme n'est qu'une complication, qu'un élément superficiel et passager, bien qu'il puisse durer des mois entiers.

Dans toutes ces variétés, le pus virulent ou ganglionnaire est extrêmement actif pendant toute la durée de l'ulcération ; il peut s'inoculer au malade lui-même un grand nombre de fois ; comme il se reproduit à l'état de chancre mou sur le malade lui même, il se communi-

que par contagion sur un individu sain, le plus généralement sous la même forme. « Mais, dit M. Davasse, de nombreux exemples démontrent que la syphilis simple,— et la plus simple possible, — chez un malade, est en puissance de développer parfois le chancre induré, par la réinoculation sur l'individu même, — et sur un autre organisme, — indemne d'accidents, — la forme grave, avec tous ses phénomènes les moins équivoques. »

La forme simple est de toutes la plus fréquente ; elle est, en général, de provenance vénérienne.

Les indications thérapeutiques y sont presque nulles, à cause de sa tendance naturelle à la guérison en quelques semaines. La cautérisation abortive est généralement pratiquée ; mais elle ne justifie ni une confiance absolue, ni les critiques exagérées de ceux qui lui reprochent, avec Bell, de provoquer les bubons ; avec l'école allemande, d'amener les accidents confirmés.

V

Tandis que l'état phagédénique peut exister accidentellement dans la forme précédente, il devient le caractère essentiel des accidents de la *forme maligne*. Dans celle-ci, la marche du chancre est incessamment *envahissante*, *chronique*, interminable. Il ne s'étend pas dans les limites de la région primitivement affectée, comme dans la variété phagédénique de la forme simple ; il est ici *nomade* et *voyageur*, et de plus, toute l'économie est profondément altérée, et l'on voit souvent survenir l'état *cachectique* le plus grave.

Rarement le chancre et le bubon purulent ont à la fois ce caractère de phagédénisme. C'est le dernier qui en est le siége le plus fréquent ; il peut s'étendre très-loin dans ses migrations, gagnant plus en surface qu'en profondeur ; de vives douleurs s'y font sentir sur les

points ulcérés; ils fournissent une suppuration intarissable; l'état général s'altère, « le teint pâlit, les tissus s'étiolent, le sang s'appauvrit, les forces languissent, les digestions se troublent, la nutrition se déprave, le corps s'atrophie; il survient une fièvre erratique, des palpitations, de la dyspnée, diverses complications viscérales.., le saignement des gencives, des hémorrhagies intestinales, des ecchymoses sous la peau, des éruptions pourprées, eczémateuses, des sueurs et des diarrhées colliquatives, l'œdème malléolaire, etc., en un mot, après des alternatives et des recrudescences variables, l'état cachectique le plus complet; » enfin la mort. Cependant, dans beaucoup de cas, après un temps plus ou moins long, des années même, on peut obtenir la guérison, avec des désordres, des pertes de substances, des mutilations, des infirmités plus ou moins graves.

La syphilis maligne, à peu près toujours vénérienne, a pour siége originaire assez constant la sphère génitale.

Dans un premier degré de cette forme, la maladie peut se prolonger longtemps sans altérer notablement la constitution; dans une seconde variété, malgré l'apparition de quelques caractères cachectiques, la maladie se termine encore par la guérison. Dans un troisième degré prédomine l'état cachectique plus ou moins profond et incurable.

Dans cette forme, le pus des ulcères reste, pour ainsi dire, indéfiniment inoculable au malade lui-même et sur le sujet sain. Les faits démontrent... contradictoirement aux opinions successives et opposées de M. Ricord (*que la syphilis phagédénique n'est qu'une déviation purement accidentelle du chancre simple, tenant à quelque complication viscérale ou scorbutique*, et plus tard que *si c'est à un chancre phagédénique que le pus a été emprunté l'ulcération prendra*

le caractère phagédénique); les faits démontrent que le pus de chancres simples, inoculé sur un autre individu, a déterminé des ulcérations phagédéniques et que l'inoculation de pus phagédénique n'a donné lieu, sur le même individu, qu'à des chancres simples. Enfin la syphilis confirmée a pu produire, par l'inoculation des accidents secondaires, l'ulcération phagédénique.

Cette forme n'est pas susceptible, on le reconnaît aujourd'hui, de l'infection constitutionnelle; mais cela ne veut pas dire qu'elle ne s'accompagne pas parfois de quelques éruptions ébauchées, de mauvaise nature, « véritables lésions rudimentaires des accidents constitutionnels. »

Les indications sont ici obscures, trompeuses, insuffisantes; il n'est pas de moyen qui n'ait tour à tour réussi ou échoué. M. Ricord pratique des cautérisations profondes et fréquentes avec l'acide nitrique monohydraté ou avec la pâte de Vienne. M. Rollet doit au fer chauffé à blanc de très-beaux succès. D'autres topiques ont produit de bons effets.

Les préparations mercurielles, à l'intérieur, ont été généralement nuisibles. L'iodure de potassium est sans résultat. M. Davasse croit devoir recommander l'usage méthodique de l'acide arsénieux, *intus* et *extra*.

VI

La forme *grave* ou *confirmée*, plus commune que la syphilis phagédénique, mais moins fréquente que la forme bénigne, est « le type véritablement classique de la maladie. »

Comme les précédentes, on la retrouve dans la tradition et particulièrement dans Thierry de Héry dès 1552, c'est-à-dire bien avant Hunter et M. Ricord, qui l'a décrite avec tant de précision.

Symptômes primitifs. « Le phénomène primordial de la maladie est l'ulcération chancreuse. C'est l'exorde obligé de toutes les formes acquises de la syphilis. »

Quand la contagion est causée par le chancre primitif, il survient, après une incubation de plusieurs jours à plusieurs semaines, une ou plusieurs ulcérations dont les caractères ne diffèrent pas tout d'abord de ceux des chancres de la syphilis simple.

Si le chancre a pour point de départ la contagion d'une lésion secondaire, l'incubation paraît plus prolongée.

Dans tous les cas, solitaires ou multiples, ces ulcérations peuvent rester longtemps très-petites, à peine remarquées des malades, ou s'aplanir, s'étaler, et présenter enfin toutes les variétés des chancres mous que nous avons examinées plus haut.

Symptômes successifs. 1° après un temps qui varie du 3e jour au 2e mois, mais ordinairement du 12e au 15e jour, le chancre subit une transformation plastique et *s'indure* à sa base et sur ses bords. Toute la tradition (Aloys Lobera, Gaspard Torella, Pierre Maynard, Jean de Vigo, N. Massa, Gabriel Fallope, Bernardin Tomitano, Léonard Botal, Thierry de Héry, Bazin, J.-L. Petit) a connu et décrit le chancre dit *huntérien* et l'a considéré comme le signe *caractéristique* de la syphilis confirmée.

Cependant ce signe peut manquer, particulièrement chez les femmes. Sa durée est en général de plusieurs mois.

2° Le chancre peut aussi subir la *transformation condylomateuse ou plaqueminée* et se changer en *plaque muqueuse;* tandis que l'induration est plus fréquente chez les hommes, la conversion en plaque est plus commune chez les femmes.

3° Peu de temps après la formation du chancre, les ganglions voisins s'engorgent sans suppurer pour l'ordinaire et forment la pléiade *ganglionnaire* qui survit au chancre.

Symptômes secondaires. Cette période comprend des symptômes très-nombreux que l'on peut réunir en trois groupes successifs : les *prodromes*, les *éruptions*, les *lésions organiques proprement dites*.

1° Parmi les prodromes, il faut noter des changements dans le moral, de la tristesse, de l'anxiété, de l'apathie, de l'insomnie, de la tristesse, de la faiblesse, des bourdonnements d'oreille, de la fièvre vers le soir et la nuit, parfois des épistaxis, de l'oppression, des palpitations, etc., mais surtout la *céphalée*, pressive, continue, exacerbante, l'*alopécie*, l'engorgement ganglionnaire à la nuque, et même à la région mastoïdienne, puis à la région sous-maxillaire, aux aisselles, etc., les *myodinies* et enfin une *altération du sang*, caractérisée par une diminution dans la quantité des globules et une augmentation dans la proportion de l'albumine.

2° Les éruptions ou syphilides se divisent en précoces et en tardives. Parmi les premières se présentent surtout *les plaques muqueuses*, *les croûtes du cuir chevelu*, *la couronne de Vénus*, etc., la *roséole*, *la varicelle*, *le lichen*. Les secondes sont pustuleuses, squameuses, tuberculeuses , etc. Au premier groupe se rattache l'angine et le *coryza ;* au second, les ulcérations et le *lupus*.

3° Les affections organiques tardives sont l'*onyxis*, l'*iritis* et le *sarcocèle syphilitiques*.

Symptômes tertiaires. — Les limites qui séparent la seconde de la troisième période sont difficiles à fixer.

Elles ont quelques symptômes communs. C'est par les tubercules cutanés ou muqueux que l'une se termine; c'est par les mêmes lésions du tissu conjonctif que l'autre commence. « Considérés d'une manière générale, les symptômes tertiaires, beaucoup plus rares que ceux de la seconde période, ont une époque d'apparition plus éloignée, une gravité plus considérable, un siége plus profond, une marche plus lente, une évolution moins régulière, et ne se transmettent point généralement par contagion, ni aussi fréquemment par hérédité. Ici la maladie n'a plus de bornes; elle peut atteindre les organes les plus variés de l'économie : téguments, tissus cellulaires, muscles, système fibreux, articulations, os, parenchymes et viscères. » On peut grouper ces lésions sous cinq chefs principaux :

1° *Lésions des téguments* ou *éruptions tertiaires :* le *rupia* et le *pemphigus.*

2° *Lésions des tissus conjonctifs :* les *gommes*, « tumeurs tuberculeuses, variant d'un pois à une grosse noix et au delà, sorte d'aposthèmes chroniques... contenant un liquide filant, gommeux, réfractaire à la résolution et à la suppuration, et qui, après s'être rompues à la longue, deviennent le noyau d'ulcères profonds, sordides, d'une cicatrisation interminable. »

3° Les *muscles* peuvent être le siége de *douleurs*, de *gommes*, d'une *dégénérescence plastique*, états qui ne sont que des degrés isolés ou successifs de la *contracture musculaire.* Cette affection, dont il n'y a peut-être pas de muscle qui ne puisse être atteint, siége de préférence sur les fléchisseurs des avant-bras.

4° Les *altérations des os* sont précédées de *douleurs ostéocopes*, *nocturnes*, ou s'exaspérant simplement *au lit*, suivant M. Ricord. Elles consistent dans les périostoses, les exostoses, les ostéites, les nécroses et les

caries, particulièrement celles de la voûte palatine, du nez, du maxillaire supérieur, du rocher.

5° Les *affections viscérales* « sont la répétition sur les viscères intérieurs des altérations que nous venons de constater dans le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles et les os. L'élément anatomique qui les constitue généralement est la gomme à ses divers degrés d'évolution. Mais, de même que chaque organe est composé de parties similaires distinctes, chaque affection embrasse des éléments multiples : congestions, épanchements plastiques, tissus de nouvelle formation, dégénérescences graisseuses, séreuses, atrophies, caries, nécroses, contractions des muscles qui composent l'appareil organique affecté. » De là des affections symptomatiques nombreuses, non pas indéfiniment *protéiformes*, mais limitées et définies. M. Davasse mentionne ici, avec d'excellents et très-compétents auteurs, l'*insomnie consécutive*, la *perte de la mémoire*, la *méningite* et l'*encéphalite*, l'*aliénation mentale* et la *démence paralytique*, les *accidents épileptiformes*, *hystériformes*, *choréiformes*, les *névralgies*, les *paralysies partielles*, l'*amaurose*, la *paralysie progressive*, l'*hémiplégie* et la *paraplégie*, l'*ataxie musculaire progressive*, affections isolées ou réunies et dont la cause instrumentale la plus fréquente est une lésion du tissu osseux périphérique ou une tumeur adjacente. On doit rapprocher *de ces affections* les suivantes : la *syphilis laryngée*, la *phthisie syphilitique*, l'*asthme* ou plutôt la *dyspnée syphilitique*, la *syphilis cardiaque*. Le *foie*, les *reins*, l'*utérus*, les *ovaires*, le *testicule*, peuvent être le siége de lésions de nature syphilitique.....

Mais arrêtons-nous ici. Le lecteur, au lieu d'une sèche énumération dont nous avons ici à peine l'espace, fera mieux de lire les détails intéressants et les curieuses

observations que l'auteur a pu réunir dans son livre. Nous recommandons particulièrement le chapitre qu'il intitule *symptômes cachectiques*. Cette cachexie spéciale à la syphilis, caractérisée surtout par le *tabes sicca* de Fernel, de Van Swieten, par la *consomption sèche*, M. Davasse en avait déjà fait le sujet d'une partie de son Mémoire présenté au jury des hôpitaux dès 1845. Le chapitre des *altérations nécroscopiques*, celui du *pouvoir contagieux* de la forme confirmée, pouvoir d'abord universellement accepté, puis imprudemment nié par l'École de l'hôpital du Midi, aujourd'hui de nouveau incontesté, mais dans des limites restreintes; le chapitre enfin où sont fixées les *indications thérapeutiques* de la forme confirmée, où l'action prétendue *spécifique* du mercure est jugée et réduite aux accidents secondaires, où les *doses toxiques* de ce médicament sont justement proscrites; toutes ces parties de l'ouvrage, disons-nous, sont traitées avec cette sage originalité, cette sobre abondance, ce sens médical, cette précision, cette sûreté de jugement, cette forme élégante et presque poétique, même dans les sujets les plus arides, qu'on retrouve dans tous les écrits du même auteur.

Il ne nous restera plus à parler, mais plus brièvement, dans un prochain article, des formes *héréditaires* et *endémo-épidémiques* de la syphilis, sujet beaucoup moins connu et d'une non moindre importance.

ALPH. MILCENT.

— La suite au prochain numéro. —

MÉDECINE PRATIQUE

LA SILICE CONTRE LES SUPPURATIONS, LA DIATHÈSE PURULENTE OU CE QU'ON APPELLE L'INFECTION PURULENTE.

Les propriétés remarquables de la silice dans les suppurations ont été déjà l'objet de plus d'un travail dans ce journal; néanmoins les deux observations que nous avons l'honneur de soumettre aujourd'hui aux lecteurs de *l'Art médical*, et qui sont choisies parmi plusieurs autres, sont tellement concluantes que nous n'avons pas hésité un instant à les publier *in extenso*, cette manière d'agir entraînant, il est vrai, à quelques longueurs, mais ayant sur les faits donnés en raccourci l'immense avantage d'être plus précise et souvent plus vraisemblable.

L'action de la silice varie suivant les doses à laquelle on l'emploie et les maladies dans lesquelles on l'administre. Dans certaines manifestations de la scrofule, par exemple, les engorgements ganglionnaires du cou et de l'aisselle formant ces chapelets continus si difformes pour ceux qui les portent, la silice n'agit qu'à doses massives et répétées. C'est dans ces cas que nous nous sommes très-bien trouvé des basses triturations. Mais, dès qu'il y a suppuration ou même seulement tendance à la suppuration, les hautes puissances et la 30e en particulier se sont toujours montrées les plus efficaces et les plus promptes, soit pour hâter la formation du pus, soit pour modifier favorablement l'économie dans laquelle il se produit. L'historique suivant de nos deux malades prouvera cette dernière circonstance d'une manière surabondante.

Nous insisterons simplement en passant sur l'utilité de l'emploi simultané du médicament à l'intérieur et à l'extérieur, d'après les formules que nous avons posées ; nous attribuons, dans les cas cités, une grande part du prompt rétablissement à cette combinaison.

Ire Observation.

Phlegmon diffus de la jambe ; imminence de ce qu'on appelle infection purulente. Guérison par SILICEA **30** *en* **16** *jours.*

M. Pugens, 45 ans, peintre décorateur en bâtiments, d'une vigoureuse constitution, est atteint subitement, sans cause appréciable, vers la fin du mois de novembre de l'année 1864, de roideur du genou gauche ; bientôt s'y déclare un érysipèle qui gagne non-seulement toute la jambe, mais remonte progressivement jusqu'au pli de l'aine, envahissant ainsi graduellement tout le membre inférieur de ce côté. Une fièvre ardente, de vives douleurs l'obligent à garder le lit, et ce n'est que huit jours après le début de la maladie qu'il se fait soigner. L'honorable confrère qui fut appelé, et dont le malade se plaît lui-même à reconnaître toute la sollicitude et le dévouement, mit en œuvre tous les moyens usités en pareil cas par la médecine traditionnelle ; mais, malgré ses efforts, l'érysipèle de la jambe devint rapidement phlegmoneux, et notre confrère pratiqua sur la continuité du tibia une douzaine de mouchetures séparées par des ponts de peau qui livrèrent passage pendant six semaines environ à une suppuration énorme, à laquelle le malade résista néanmoins. Mais des hémorrhagies veineuses inquiétantes étant survenues à deux reprises, et les douleurs augmentant, il se décida à recourir au traitement homœopathique. Ce fut le 7 janvier 1865 que je le vis pour la première fois.

La jambe gauche était d'un volume considérable ; une hémorrhagie veineuse ayant eu lieu la veille, les tissus gonflés étaient livides ; les mouchetures pratiquées à la peau ne laissaient sortir que de la suppuration sanguinolente ; mais, malgré cet état, il était facile de constater que toute la peau de la partie interne de la jambe était décollée depuis le creux du jarret jusqu'à la malléole interne et dans les deux tiers de la circonférence du membre. Les lambeaux de téguments laissés intacts par les incisions recouvraient donc un immense clapier où stagnaient le pus et le sang extravasé. Ce ne fut d'ailleurs que le surlendemain que je pus constater d'une manière satisfaisante toute l'étendue des désordres.

La cuisse présentait encore par places des traînées rouges et quelques restes d'induration sous-cutanée.

L'état général, sans être trop débilité, présentait néanmoins quelques symptômes alarmants. Le malade avait totalement perdu le sommeil, la nuit; mais, dans la journée, il était assoupi et délirait sans cesse. Les membres étaient le siége de secousses et de tremblements, qui persistaient pendant la veille; il était difficile de saisir convenablement le pouls, à cause des tressaillements tendineux de l'avant-bras. La langue était rouge, la soif ardente, le pouls large mais très-mou, à 120, quoique régulier; les douleurs étaient sourdes au repos, mais vives au contact.

A cause de l'état général et de l'hémorrhagie, je prescrivis :

Rhus toxicodendron 3e dilution....... 2 gouttes.
Eau pure......................... 100 grammes.

A prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

Légère compression sur la jambe à l'aide d'un bandage roulé et mouillé; infusions de fleurs de mauve comme boisson; bouillon.

8 janvier. La jambe a diminué notablement de volume; mais la suppuration a été très-abondante, mêlée de bulles de gaz, et d'une fétidité telle que le malade se trouva mal à plusieurs reprises; nuit agitée; divagations; frissonnements continus, accompagnés de claquements de dents; soif très-vive; langue sèche; pouls à 120, large, plein.

Prescription.

Silicea terrestris 30e.............. 20 globules.
Eau pure........................ 200 grammes.

A prendre par cuillerée à soupe toutes les heures.

Injections dans les clapiers avec :

Eau............................ 50 grammes.
Tre silicea 30e................... 6 goutttes.

Pansements avec de la charpie imbibée d'*eau siliceuse* et recouverte d'une forte couche de poudre de coaltar pour désinfecter la plaie; compression méthodique.

Eau panée vineuse comme boisson; potage.

Le 9. Nuit bonne; sommeil profond et réparateur de six heures; pas de douleurs notables; pouls à 100; langue moins sèche; divagations moindres; suppuration abondante, crémeuse, complétement désinfectée. La jambe est revenue à un volume à peu près normal, et c'est alors qu'avec le stylet je puis délimiter toute l'étendue des clapiers dont j'ai parlé plus haut.

Ne voulant pas réunir les douze mouchetures en une large incision, je fis dans chaque trajet des injections réitérées avec la solution aqueuse de silice dont j'ai parlé plus haut. Deux pansements par jour étant nécessaires, on les renouvela le soir.

A l'intérieur, même prescription et même régime.

Le 10. L'amélioration se maintient; la nuit a été excellente; sommeil très-calme de huit heures; point de douleurs notables; pouls à 90; langue bonne; appétit; suppuration diminuée de moitié, très-épaisse, sans fétidité. Trois des principaux clapiers ont diminué de volume de moitié.

Même pansement, même prescription.

Le 11. Même état satisfaisant. La fièvre est tombée; le pouls est à 80, petit, faible; la peau moite; le sommeil excellent; toute trace de délire a disparu; l'état de la jambe est bon; la quantité de pus a tellement diminué, qu'un pansement par jour suffit; de douze mouchetures, six seulement persistent; les autres sont complétement cicatrisées, et la peau recollée.

Même pansement, même prescription.

Vin de Bordeaux, bifteck.

Les 12, 13 et 14. L'amélioration va graduellement en croissant, si bien qu'à la dernière date il n'y a plus qu'un seul point qui suppure encore à la partie supérieure de la jambe dont les autres portions se desquament en masse; l'appétit est excellent, le malade se lève et dort comme dans son état de santé.

22 janvier. Je prends congé de mon malade dont l'état est tel qu'il ne reste plus de fistule ni de suppuration, mais un peu de roideur du genou que je cherche à faire dissiper par des mouvements prudents.

Aujourd'hui 25 février, il a repris son travail depuis quelques jours et jouit d'une santé parfaite.

Cette observation, intéressante à plus d'un titre, démontre d'une manière évidente l'action merveilleusement efficace de la silice chez un malade qui suivait la pente glissante de ce qu'on appelle infection purulente, ou, pour parler le langage de *l'Art médical*, qui présentait les phénomènes généraux de la diathèse purulente; car, dès le lendemain de l'administration de ce remède, la fièvre diminuait ainsi que la quantité de pus formé,

Que l'on compare en outre la durée du traitement allopathique qui a dépassé six semaines à celle du traitement homœopathique qui n'a pas été au delà de seize jours, et l'on conviendra que, dans ce cas, notre malade a largement bénéficié de l'admirable découverte de Hahnemann !

IIe Observation.

Piqûre anatomique de la main gauche; angioleucite et phlegmon consécutifs de l'aisselle et du bras; imminence des phénomènes généraux de la diathèse ou de l'infection purulentes.—Résorption complète de l'abcès du bras.— Guérison par silicea, 30, en douze jours.

M. Frontigny, 35 ans, garçon d'amphithéâtre de l'École de médecine de Lyon, d'une constitution délicate, se fait, le 24 décembre 1864, une éraillure à la face palmaire de la main gauche, vers la partie supérieure de l'éminence thénar, avec le coin d'une table de zinc servant à transporter les cadavres de l'amphithéâtre de dissection à la salle des cours. Quoiqu'il eût soigneusement lavé et exprimé la petite plaie qui en résulta, il éprouva dès le lendemain 25, jour de Noël, de la douleur à la paume de la main et de la roideur dans tout le bras; vers le matin du 26, une angioleucite des plus prononcées se déclara sur la face antérieure et interne du bras, et amena un engorgement douloureux des ganglions sous-axillaires. — Le malade garda le lit et fit des applications continues de cataplasmes de farine de lin qui dissipèrent en trois jours l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Mais, à partir du 29 décembre (quatrième jour de la piqûre anatomique), se déclara un phlegmon assez étendu de la région sous-claviculaire gauche qui parut devoir se limiter à la partie inférieure de l'aisselle. En même temps, survinrent de la fièvre, de l'insomnie et des douleurs lancinantes pénibles.

Le malade entra alors à l'Hôtel-Dieu, service de M. le Dr Delore, salle Saint-Louis, n° 14, où on lui fit des applications répétées d'onguent gris et de cataplasmes de farine de graine de lin. Comme le malade s'ennuyait du séjour de l'hôpital, il en sortit au bout de quelques jours pour y revenir une seconde fois, salle Saint-Sacerdos, n° 59, quinze jours après sa première entrée.

A ce moment, le phlegmon de l'aisselle s'étant terminé par suppuration, une large incision avec introduction consécutive du doigt dans la plaie fut pratiquée au niveau d'une ligne partant du mamelon pour aboutir à la partie latérale du thorax, par M. le Dr Gayet, chef du service. — La suppuration fut assez considérable pendant une quinzaine pour

mouiller et salir plusieurs cataplasmes; en même temps, les frictions mercurielles étaient continuées avec soin. Cet état resta stationnaire jusqu'au 8 février 1865, où le bras gauche devint à son tour vers sa partie supérieure et interne le siége d'un nouveau phlegmon. Celui-ci se termina par la formation d'un abcès, que M. le D[r] Gayet se décida à ouvrir le 11 février. Mais, sur le refus positif du malade, qui avait beaucoup souffert lors de la première incision, l'opération fut différée, et Frontigny quitta le même jour l'hôpital pour se faire soigner chez lui. — A ce moment, il inspira de vives craintes à M. le D[r] Gayet, d'autant plus qu'il venait d'être pris d'un frisson assez violent pour faire soupçonner les débuts de la maladie désignée sous les noms de diathèse ou d'infection purulente.

Ce fut le 13 février courant que je fus appelé à lui donner mes soins. Je le trouvai alors dans l'état suivant :

Le bras gauche est, depuis les doigts jusqu'à l'aisselle, le siége d'un gonflement œdémateux assez considérable. La partie moyenne du biceps, vers la gaîne des vaisseaux, présentait une induration très-douloureuse s'étendant vers les régions voisines, surtout du côté de l'aisselle. Vers ce point, un peu en dehors du biceps, on constatait une *fluctuation des plus manifestes*, en même temps qu'une aggravation sensible des douleurs, même à une pression légère; la peau, fortement rougie, présentait une teinte érysipélateuse qui gagnait les parties latérales du thorax. Le bras, vers le voisinage de l'abcès, avait à peu près un volume supérieur d'un tiers à celui du côté sain.

La région pectorale elle-même était peu douloureuse, mais par la fistule, située, comme je l'ai dit, au niveau et à 20 centimètres en dehors du mamelon, sortaient des flots de pus séreux et fétide très-abondants; les tissus sous-jacents étaient décollés jusque sous la clavicule.

Les frissons ne s'étaient pas reproduits; mais le pouls petit, misérable, irrégulier, était à 120; la peau chaude, couverte d'une sueur abondante, le visage très-amaigri et d'une coloration jaunâtre uniforme très-évidente. Le malade sommeillait constamment et divaguait à chaque moment, quoiqu'il répondît avec facilité et même avec volubilité aux questions qu'on lui posait. La langue était blanchâtre, tremblotante, mais le ventre était souple et il n'y avait point de constipation prononcée.

J'étais évidemment en présence d'un cas grave, c'est-à-dire d'un phlegmon suppuré de l'aisselle, *suite de piqûre anatomique*, d'un nouvel abcès du bras demandant une surveillance spéciale et d'une imminence de phénomènes dits d'infection purulente chez un sujet débilité de toutes manières.

Ayant déjà plus d'une fois été témoin des remarquables propriétés de la silice dans les suppurations graves, je n'hésitai plus un instant à la prescrire à mon malade, remettant au lendemain l'ouverture de l'abcès du bras.

Prescription :

Silicea 30 . . . . 20 globules;
Eau pure . . . . 200 grammes.

Par cuillerées à soupe toutes les heures. Cataplasmes de farine de lin sur le bras. Infusion de fleur de mauve. Bouillon (1).

15 février. Rien de notable dans le changement de l'état du malade, qui est exactement pareil à celui du 13. Je fais dans l'abcès de l'aisselle une seule injection avec

Eau . . . . 50 grammes;
Première silicea 3ª . . . . 6 gouttes.

Le 16. Nuit beaucoup plus calme; pas de douleurs spontanées; le bras offre un changement sensible en mieux; la rougeur a cédé; l'induration des tissus qui environnent le biceps est moindre ; la fluctuation toujours évidente à la partie supérieure; pourtant le foyer ne me semble pas agrandi; je patientai donc pour l'incision. Le pouls est tombé à 100; il a perdu son irrégularité; les sueurs générales ont notablement diminué; la langue est un peu jaunâtre sur les bords, mais humide et rosée à la pointe et au milieu. Le malade demande à manger. — Une selle naturelle. Potages.

Même prescription.

Le 17. Sommeil calme; pouls à 90, régulier; peau moite; toute rougeur du bras a disparu; les tissus indurés se sont assouplis; la fluctuation persiste, mais est pourtant moins prononcée. Le malade est très-gai et demande de la nourriture.

Même prescription. Potages.

Le 18. L'état général est aussi satisfaisant que possible. La suppuration de l'aiselle, qui était restée jusque-là très-abondante, a diminué des deux tiers; elle est toujours séreuse, mais a perdu sa fétidité; les tissus sont notablement recollés.

Quant au bras, un changement surprenant s'est opéré en lui; l'induration du biceps a tellement cédé, que la différence de niveau et de consistance avec les parties saines a disparu. La fluctuation est de plus en

(1) Si j'ai invoqué précédemment l'autorité de M. le Dr Gayet, c'est uniquement pour que son témoignage vînt corroborer le mien et que l'existence de l'abcès du bras ne pût être mise en doute.

plus difficile à percevoir; les douleurs beaucoup moindres; le gonflement œdémateux du bras toujours le même.

Le 19. Le premier mot du malade est, à ma visite: Mon bras va bien, je ne souffre plus. — Il m'est en effet impossible de constater la moindre fluctuation: toute trace d'abcès a disparu; *il s'était complétement résorbé.* Quant à l'aisselle, elle est dans un état aussi satisfaisant; la suppuration est de moins en moins prononcée et les tissus à peu près recollés. Car une forte rétraction de la peau dessine à la surface le trajet que suivait le pus. — Langue bonne; pouls à 80; toute sueur a cessé.

Le 20 et le 21. L'amélioration a marché rapidement; à cette dernière date le bras ne diffère pas de celui du côté sain et l'œdème lui-même a complétement cédé. La suppuration axillaire est presque nulle.

Aujourd'hui, 25: cicatrisation à peu près achevée à l'aisselle; une goutte ou deux de sérosité par 24 heures; — mouvements du bras faciles en tous sens, excepté dans celui de l'élévation de l'épaule. Le malade se lève depuis trois jours, garde par précaution la chambre, mais a un appétit comme il ne s'en est jamais connu.

Cette observation parle assez par elle-même pour que je m'abstienne de tout commentaire. Si je me suis décidé à la publier dès à présent, c'est qu'elle a un caractère d'actualité évident au moment où la science a à déplorer la mort d'un interne des hôpitaux de Paris, à la suite d'une piqûre anatomique, et où un externe et un interne des hôpitaux de Lyon sont actuellement encore souffrants des suites du même accident, après avoir passé par des phases très-inquiétantes pour leurs amis.

L'un des meilleurs moyens, ce me semble, de répondre dignement aux attaques incessantes que l'on fait à l'homœopathie, est de montrer par des faits pareils à ceux que je rapporte, combien la nouvelle méthode est simple dans son application, plus prompte dans ses résultats et plus commode pour les malades que sa sœur aînée.

Dr Noack fils,
de Lyon.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 2e ARTICLE (1) —

II

RAPPORT DE M. GAVARRET (2).

Cet auteur ne s'étonne pas, qu'en présence de tant de phénomènes qui se produisent durant une révolution cardiaque, qu'en présence de leur complication apparente, de leur peu de durée, il soit resté toujours place pour des interprétations différentes, mais toute controverse lui paraît désormais impossible, depuis que le cœur a pu tracer lui-même le tableau des diverses phases de ses révolutions.

Pour rendre évidente cette proposition, M. Gavarret n'avait qu'à décrire le cardiographe et c'est ce qu'il a fait. L'analyse qu'a déjà donnée dans *l'Art medical* (3), notre collaborateur, M. Frédault, de cette partie du rapport de M. Gavarret, et ce que nous avons dit nous-même de l'instrument enregistreur, au commencement de ce compte rendu, nous dispensent d'en reparler ici. Répétons seulement qu'à chacune des ampoules *exploratrices* répond une ampoule *indicatrice* munie de son levier *enregistreur*, et ajoutons, avec M. Gavarret, « que tous les leviers, de même longueur, sont parallèles et disposés dans un même plan vertical, et que les becs des plumes sont placés les uns au-dessus des autres sur une même ligne verticale tracée sur le papier » (4). (Voyez la figure 2 de la page 144.)

Ajoutons encore que MM. Chauveau et Marey ne se sont pas bornés à introduire des ampoules exploratrices dans un espace intercostal et dans les cavités droites du cœur, mais qu'ils en ont introduit une également dans le ventricule gauche à la faveur d'une incision pratiquée à l'artère carotide.

C'est en comparant les tracés des ventricules droit et gauche que ces auteurs ont démontré le synchronisme le plus parfait dans le début et la fin des contractions de ces deux ventricules.

(1) Voir *l'Art médical*, février 1865.

(2) Voyez ce rapport dans le *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXVIII, p. 602 à 614. Séance du 21 mai 1863.

(3) Tome XVIII, p. 132-133.

(4) Page. 606 du tome. XXVIII du *Bulletin de l'Académie*.

Mais n'anticipons pas sur l'avenir, et faisons remarquer avec le rapporteur : « qu'en réalité le cardiographe n'accuse que des variations de pression; mais que les mouvements du cœur et que ces variations de pression sont liés par des rapports intimes de cause à effet et qu'ils coexistent nécessairement. D'où il résulte qu'il est légitime de conclure de l'observation des variations de pression à l'ordre de succession, au rhythme et à la durée des mouvements eux-mêmes. » (Page 605 du tome XXVIII du *Bulletin de l'Académie.*)

Nous avons déjà dit que la commission avait voulu répéter les expériences consignées dans le *Mémoire* de MM. Chauveau et Marey, elle les fit pratiquer, en effet, sous ses yeux, et il fut constaté pour chacun de ses membres que les ampoules introduites dans le cœur des chevaux ne troublaient pas leurs fonctions d'une manière appréciable. Ils restaient debout et tranquilles, mangeaient avec appétit, respiraient normalement. Le nombre et le rhythme des pulsations cardiaques étaient les mêmes qu'avant l'expérimentation, les bruits du cœur conservaient tous leurs caractères de timbre et de succession.

C'est dans ces conditions qu'on obtenait les tracés cardiographiques, puis on sacrifiait les chevaux et on s'assurait que les ampoules exploratrices avaient occupé, pendant les expériences, les positions qu'on avait voulu leur donner. On s'assurait en outre qu'on n'avait produit, en introduisant les ampoules, aucune lésion appréciable des valvules.

Le résultat des expériences ne pouvait donc être contesté et ce qui suffirait seul à les défendre contre toute critique, c'est que chaque révolution cardiaque reproduisait exactement les mêmes lignes, comme on peut le voir en jetant les yeux sur les figures ci-dessus.

La comparaison que put faire la commission des courbes représentant les variations de pression que les ampoules avaient subies, soit dans les cavités ventriculaires, soit dans l'espace intercostal, conduisit le rapporteur à dire :

1° Qu'il y avait synchronisme absolu d'une part entre les mouvements *actifs* et *passifs* des deux ventricules, d'autre part entre les mouvements *actifs* et *passifs* de la masse ventriculaire et les *augmentations* et *diminutions* de pression du cœur contre les parois thoraciques.

2° Qu'il y avait alternance constante entre les mouvements des oreillettes et ceux des ventricules; en d'autres termes, que les mouvements *actifs* des oreillettes s'exécutaient *tout entiers* pendant les mouvements *passifs* des ventricules et réciproquement.

Donc le cœur tout entier, c'est-à-dire les deux ventricules, se contrac-

taient ou se dilataient en même temps que le cœur se rapprochait ou qu'il s'éloignait davantage des parois thoraciques.

D'un autre côté, la contraction des oreillettes se faisait tout entière pendant la dilatation des ventricules, et réciproquement, la contraction des ventricules se faisait tout entière pendant la dilatation des oreillettes.

Bien plus, un certain intervalle de temps séparait les mouvements actifs des oreillettes des mouvements actifs des ventricules.

Une expérience bien simple à faire accusait cette séparation ; elle consistait à mettre une main sur l'oreillette et l'autre sur le ventricule droit : les mouvements actifs de l'oreillette précédaient d'un instant les mouvements actifs du ventricule. Or, le cardiographe s'accorde, sous ce rapport, avec la vue et le toucher, pour démontrer que le relâchement des oreillettes est complet, lorsque la contraction des ventricules commence.

C'est là un point bien établi dans le rapport de M. Gavarret, il est confirmatif de ce qu'avaient avancé les auteurs du mémoire.

Allons plus loin, et suivons pas à pas M. Gavarret dans son exposition.

Pour lui, comme pour les physiologistes dont il apprécie les travaux, la plume du levier s'élève à mesure que la pression augmente; elle descend à mesure que la pression diminue. La plume trace-t-elle une ligne horizontale, c'est la preuve de la persistance plus ou moins prolongée d'une même pression, forte ou faible suivant la hauteur de la ligne.

Avec ces données, la commission devait être unanime à reconnaître la part qui revient aux oreillettes et la part qui revient aux ventricules dans une révolution complète du cœur s'opérant en 50 minutes.

Nous analysons ainsi cette partie du rapport :

Les oreillettes emploient :	Les ventricules emploient :
Une seconde pour leur dilatation ;	Quarante centièmes de seconde pour leur contraction entière ;
Un dixième de seconde pour leur contraction ;	Quinze centièmes de seconde pour leur entier relâchement ;
Un dixième de seconde pour le relâchement complet des parois de leurs cavités.	Soixante-cinq centièmes de seconde pour leur dilatation.
Total : une seconde et deux dixièmes de seconde.	Total : une seconde et deux dixièmes de seconde.

Toutes ces durées absolues et relatives de temps sont inscrites par le

cœur lui-même. On les lit sur les figures que nous avons reproduites et elles nous amènent à cette conclusion :

1° Que la durée de la contraction ventriculaire est quatre fois plus grande que celle de la contraction auriculaire ;

2° Que la durée de la dilatation des oreillettes est presque le double de celle des ventricules ;

3° Que le relâchement complet des ventricules est de moitié plus long que celui des oreillettes.

M. Gavarret a déduit des faits précédents la raison de la différence qui existe dans les fonctions des oreillettes et des ventricules. L'effort des parois de chacune de ces cavités est en rapport avec le rôle que chacune d'elles doit jouer. La contraction de l'oreillette est rapide et modérée parce qu'elle « ne sert qu'à aider à l'accomplissement d'un phénomène qui se produirait (1) sans elle, au passage très-facile du sang dans le ventricule relâché, à travers l'orifice auriculo-ventriculaire largement ouvert. Le ventricule, au contraire, est obligé à un effort considérable et persistant pour soulever les valvules sigmoïdes pressées de haut en bas par le sang des artères, et pour vaincre tous les obstacles qui s'opposent à l'introduction de l'ondée sanguine dans le système artériel. » (*Bulletin de l'Académie*, t. XXVIII, p. 609.)

On n'a pu comparer, jusqu'à présent, la forme et l'amplitude des mouvements de l'oreillette droite à celles de l'oreillette gauche, celle-ci ayant été inaccessible sur les animaux non mutilés, mais les deux ventricules se sont prêtés facilement à cette comparaison. La ligne due à la pression du ventricule gauche s'est élevée plus haut que celle du ventricule droit, toutefois, elle n'a atteint sa plus grande hauteur qu'à la fin de la contraction, tandis que l'inverse a été observé pour le ventricule droit. A part cette différence dans la manifestation des pressions, la durée absolue de la systole est restée la même pour les deux ventricules.

Tous ces faits étaient indiqués dans le mémoire de MM. Chauveau et Marey. M. Gavarret les a fait ressortir, il les a même expliqués avec sagacité en invoquant la différence des obstacles que chaque ventricule doit surmonter pour chasser le sang dans les artères.

Appelant ensuite l'attention de ses collègues sur la ligne courbe due à

(1) Ajoutons ici : *pour ainsi dire*, parce que, si cette contraction n'existait pas, le travail systolique des ventricules éprouverait un léger retard. Si la systole auriculaire ne devait être que le dernier coup de piston destiné à mettre le cœur en contraction, nous demandons quel est le coup de piston qui remplirait le même office envers les oreillettes.

la pression du cœur contre les parois thoraciques, pendant une révolution cardiaque, il a fait remarquer que cette pression augmentait brusquement au moment précis où la systole des ventricules commence, que cette pression diminuait ensuite, par degrés, jusqu'à la fin de cette systole, qu'elle diminuait encore davantage et brusquement pendant le relâchement ventriculaire, pour augmenter encore lentement et graduellement pendant tout le temps de la diastole des ventricules.

Le moment précis où a lieu le choc du cœur, sa coïncidence avec la contraction ventriculaire, ont permis à M. Gavarret d'affirmer la parfaite indépendance du battement du cœur et de la systole auriculaire, séparés d'ailleurs l'un de l'autre par un dixième de seconde.

Pour démontrer encore mieux cette indépendance, les membres de la commission ont coupé la moelle épinière sur un cheval, puis ils ont pratiqué la respiration artificielle et mis le cœur de l'animal à nu. La main appliquée sur cet organe, ils ont senti très-nettement un choc isochrone à la systole des ventricules et ce choc a été perçu avec la systole ventriculaire, alors même que les oreillettes gorgées de sang ne se contractaient plus.

Dans une autre expérience, où MM. Chauveau et Marey ont arrêté les mouvements du cœur par la galvanisation du pneumogastrique, ces mouvements se sont arrêtés juste à la fin d'une systole auriculaire; la contraction des ventricules a été suspendue, le choc du cœur n'a plus eu lieu. Mais la systole ventriculaire et le choc se sont reproduits de nouveau, lorsqu'a cessé la galvanisation (1).

Et chose remarquable, à dater du moment ou la galvanisation a commencé, la plume du levier correspondant à l'ampoule logée dans les parois thoraciques a tracé une ligne droite horizontale sur laquelle on n'a retrouvé aucune trace du retentissement de la dernière contraction des oreillettes (2) !

(1) Il est curieux de rapprocher cette expérience de celle que fit Harvey sur une colombe : « In columba certe experimento facto (dit-il, *de Motu cordis*, etc..., p. 33 de l'édit. in-4 de Leyde, 1737), postquam cor desierat omnino moveri, et nunc etiam auriculæ motum reliquerant per aliquod spatium, digitum saliva madefactum, et calidum cordi superimpositum detinui : quo fomento quasi vires, et vitam postliminio recuperasset, cor, et ejus auricula moveri, et sese contrahere, atque laxare, et quasi ab orco revocari videbantur. »

(2) Notons en passant que le cœur du cheval a présenté, au moment de la systole, une forme globuleuse d'où résultait une augmentation de son diamètre transversal, aux dépens des deux autres diamètres.

Harvey avait vu de son côté sur des animaux autres que le cheval :

Le mémoire de MM. Chauveau et Marey eût laissé quelque chose à désirer, si ces auteurs eussent négligé d'étudier simultanément les mouvements du ventricule gauche et ceux de la pulsation de l'aorte. Cette étude leur a fait obtenir deux tracés qui prouvent que la pulsation aortique commence sensiblement après la pulsation cardiaque (un dixième de seconde environ), bien que la pulsation de l'artère finisse en même temps que finit la systole du cœur.

L'une des ampoules exploratrices avait été logée dans le ventricule gauche, et l'autre dans l'aorte, au-dessus des valvules sigmoïdes. D'autres fois, on n'avait fait usage que d'une ampoule qu'on avait fait d'abord pénétrer dans le cœur, sauf à l'attirer ensuite dans l'aorte de manière à obtenir un tracé aortique, faisant suite au tracé ventriculaire.

Du reste, si l'on comparait les deux courbes, on voyait que le *maximum* de tension était le même dans l'aorte et dans le ventricule, mais que le *minimum* de la tension artérielle était supérieur au *minimum* de la tension ventriculaire.

Nous ne suivrons pas M. Gavarret dans l'explication qu'il a donnée du retard du début de la pulsation aortique sur le début de la systole cardiaque (1).

Nous ne rechercherons pas davantage, avec lui, pourquoi le minimum de la tension artérielle est supérieur au minimum de la tension ventriculaire.

Nous avons hâte d'aborder une autre question, celle que devaient faire naturellement soulever les ondulations qui correspondent, dans les courbes, aux premiers moments de la contraction ventriculaire, ondulations qu'ont tracées en même temps les plumes chargées de traduire

« Cor undique contrahi, magis vero secundum latera, ita, uti minoris « magnitudinis, et longiusculum, et collectum appareat. » (*Op. cit.*, p. 25.)

Cette différence de langage tient-elle à la différence des animaux observés ? On le croirait, si on a égard aux paroles suivantes qui complètent le paragraphe précédent : « Cor anguillæ exemptum, et super « tabulam aut manum positum hoc facit manifestum : atque etiam appa- « ret in corde pisciculorum, et illis frigidioribus animalibus, quibus « cor coniforme, aut longiusculum est. »

(1) Le ventricule gauche en contraction ne peut pousser l'ondée sanguine dans l'aorte qu'au moment où la pression intra-ventriculaire, développée par cette contraction, devient supérieure à la pression aortique. L'ondée sanguine soulève donc les valvules sigmoïdes lorsque la pression ventriculaire est arrivée à l'emporter sur la pression artérielle. (Chauveau et Marey, *Appareils et expér. cardiogr.*, etc., p. 39 du tirage à part.)

les pressions intra-ventriculaires et les pressions extra-ventriculaires.

M. Gavarret a accepté sous ce rapport l'explication qu'avaient proposée MM. Chauveau et Marey. Ces ondulations seraient dues aux mouvements d'oscillation des valvules. Or, ces mouvements se produisant au début soit des systoles, soit des diastoles ventriculaires, les tracés doivent les indiquer au moment où les valvules et se tendent et vibrent.

N'y avait-il aucune objection à faire aux résultats qu'avaient obtenus, après expérimentation, MM. Gavarret, Béclard, Grisolle et Bouillaud? En d'autres termes, ne pouvait-on pas dire que les opérations auxquelles les chevaux avaient été soumis avaient troublé le jeu du cœur?

Pour prévenir cette objection, «trois ampoules exploratrices furent introduites, la première dans le ventricule droit, la deuxième dans l'oreillette droite, la troisième dans le ventricule gauche. Ces ampoules fournirent, pour chacune de ces cavités, quatre tracés successifs pris dans les conditions suivantes :

« Le premier, sur l'animal debout et intact;

« Le second, sur l'animal intact et couché sur le flanc;

« Le troisième, sur l'animal après la section de la moelle épinière et pendant l'insufflation pulmonaire;

« Le quatrième, sur l'animal après l'ouverture du thorax et pendant l'insufflation pulmonaire.

« Sous le triple rapport du rhythme, de l'ordre de succession et du synchronisme des mouvements du cœur, ces tracés furent identiques. »

En conséquence, la commission proposa d'adresser des félicitations à MM. Chauveau et Marey, et de renvoyer leur mémoire au comité de publication.

Ces conclusions furent adoptées sans discussion.

III

PREMIER DISCOURS DE M. BEAU (1).

Mais M. Beau devait soulever bien des objections contre elles. Ce médecin parla d'abord, comme il l'avait déjà fait en dehors de l'Académie (2), du mécanisme compliqué de l'instrument enregistreur, de la difficulté de placer chaque bulle exploratrice dans le point précis qu'elle

(1) Séance du 12 avril 1864. Voy. ce discours, p. 598 à 622 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

(2) QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE SPHYGMOMÈTRE CARDIAQUE DE MM. CHAUVEAU ET MAREY. In *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (12 et 19 décembre 1862).

doit occuper, de la difficulté non moins grande d'interpréter juste, au point de vue des fonctions cardiaques, la série des ondulations linéaires enregistrées par les leviers de l'instrument, ces ondulations ne parlant pas, disait-il, toutes seules.

Puis commença la critique de l'interprétation cardiographique de MM. Chauveau et Marey; cette critique différait peu de celle qu'on avait pu lire dans le travail auquel nous faisions tout à l'heure allusion.

Ainsi, l'interprétation de MM. Chauveau et Marey était illusoire; les lignes du premier tracé (fig. 4) étaient régulières, celles du second (fig. 5) ne l'étaient pas. Ce second tracé, d'ailleurs, indiquait d'une manière très-contestable, dans la ligne diastolique du ventricule, l'effet de la systole auriculaire.

Avant d'aller plus loin, M. Beau se plaignit du contenu de la lettre que MM. Chauveau et Marey avaient insérée dans la *Gazette hebdomadaire* (1).

Ces messieurs lui reprochaient dans cette lettre :

1° De se placer, en repoussant le deuxième tracé, en dehors du terrain où il avait appelé ses adversaires;

2° De se mettre en opposition avec les lois de la physique, en prétendant qu'une ampoule pleine d'air, placée dans une cavité, peut pendant la contraction des parois de cette cavité se dilater à un moment donné.

Au premier reproche, M. Beau répondit qu'il avait récusé le deuxième tracé, parce qu'il le considérait comme anormal.

Au second reproche, M. Beau répondit que la force du retrait systolique variant suivant les différents diamètres de l'ondée qui a la forme d'un ovoïde, à son passage dans les cavités du cœur, la pression devait diminuer graduellement d'une extrémité de l'ovoïde à l'autre.

Après ces explications, M. Beau témoigna son étonnement de ce qu'on n'eût pas fait mention dans le texte des deux premiers tracés, et, comparant ces tracés à celui de l'Académie (fig. 6), il fit remarquer que la ligne ventriculaire diastolique *u*, *r*, portait sur ce dernier l'empreinte d'une pression progressive du sang qui démontrait la réalité de la diastole lente du ventricule au second temps. Cette diastole, ajoutait M. Beau, n'avait pas été accusée par les tracés de l'Institut (fig. 4 et 5). C'était donc là un grand événement cardiographique.

En somme, le deuxième tracé était dû à quelque perturbation cardiaque, et le troisième ne formulait pas une série de mouvements qui se comprissent et qui s'enchaînassent. Le premier tracé seul était agréé

(1) 26 décembre 1862, p. 825 et suiv.

par M. Beau : « 1° parce qu'il cadrait admirablement avec tous les faits qu'on voit si facilement sur les cœurs transparents, et que l'on constate rigoureusement, à l'aide de différents moyens, sur les cœurs non transparents; 2° parce qu'il en était l'expression sphygmographique très-précise, si précise, qu'il n'y avait rien à y retrancher, rien à y ajouter; 3° parce qu'une telle précision n'était pas le résultat d'un hasard expérimental; 4° parce que ce tracé était apparu comme la manifestation spontanée du cardiographe;..... 5° parce qu'il s'était produit à l'insu des expérimentateurs...... »

D'une autre part, la durée de la systole auriculaire était beaucoup trop courte, et, par suite, le mamelon qui lui correspond dans la ligne diastolique du ventricule (fig. 5 et 6) durait trop peu de temps.

Que signifient, disait encore M. Beau, les oscillations qu'on remarque après le relâchement des oreillettes (fig. 6)? On les attribue à l'occlusion des valvules tricuspides. Pourquoi cette occlusion en trois temps, quand les valvules semi-lunaires se ferment d'un seul coup?

Pourquoi la ligne ventriculaire baisse-t-elle notablement, après l'ondulation due à la systole auriculaire? Pourquoi un temps d'arrêt entre cette ondulation et le grand mamelon qui est attribué à la systole ventriculaire? Mieux vaut admettre, avec les physiologistes qui soutiennent que la systole commence au moment précis où la tension diastolique est portée à son plus haut point, que la diastole se confond, sans intervalle, avec la systole. C'est cette succession des deux fonctions ventriculaires en un mouvement qui paraît unique, et qui s'appelle battement du ventricule, que j'ai désignée sous le nom de diasto-systole.

M. Beau ne comprend pas qu'on puisse admettre que la systole auriculaire soit nécessaire, au point de vue de la théorie ancienne, pour achever de remplir le ventricule qui, selon lui, serait aussi plein que l'oreillette. MM. Chauveau et Marey l'ont faite, dit-il, si brève et si petite, qu'il serait beaucoup plus commode, pour la théorie qu'ils défendent, qu'elle n'existât pas.

Enfin M. Beau s'étonne que les lignes ascendantes *u*, *r*, *s*, *v*, indiquant dans le troisième tracé (fig. 6) la réplétion diastolique du ventricule et de l'oreillette, ne soient pas successives, au lieu d'être coïncidentes et en quelque sorte parallèles, la replétion commençant par le ventricule et se terminant par l'oreillette.

Passant alors à un autre ordre d'idées, M. Beau cherche à démontrer que la théorie ancienne n'est pas *une et invariable*. Il met MM. Chauveau et Marey en contradiction avec eux-mêmes, parce que, dans leur pre-

mière communication à l'Institut (1), ils avaient admis une succession des mouvements du cœur (2) qu'ils ont modifiée (3) dans leur deuxième communication faite trois mois plus tard (4). Les auteurs précédents ont-ils été seuls en désaccord, et la théorie ancienne est-elle exposée de la même façon par Harvey, par exemple, par M. Bouillaud, par M. Béclard? Harvey frappe pour ainsi dire d'exclusion les mouvements diastoliques; M. Bouillaud supprime les mouvements des oreillettes (LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES DU CŒUR, rédigées par M. Racle et publiées dans le *Moniteur des hôpitaux*, pour l'année 1853, p. 345, 402, 442, 563, 585, 737, 755, 809 et 866); M. Béclard professe « que la constriction des ventricules suit immédiatement la constriction des oreillettes. » (*Traité de physiologie*, 4e édit., p. 208.)

« Donc sur quatre membres, dont se compose la commission, trois ont chacun une théorie dite ancienne. »

Ici finit l'argumentation de M. Beau.

Nous entendrons bientôt M. Gavarret répondre au nom de MM. Chauveau et Marey. Il dira que ces auteurs ont admis, sur la foi du cardiographe, un surcroît de diastole ventriculaire consécutif à la systole auriculaire.

M. Bouillaud renverra son critique à la deuxième édition de son *Traité des maladies du cœur*, pour lui prouver qu'il n'a pas oublié les oreillettes dans la théorie des mouvements cardiaques.

M. Béclard reconnaîtra franchement qu'un intervalle de temps très-court sépare la fin de la systole auriculaire du début de la systole ventriculaire.

Mais Harvey n'est plus là pour s'expliquer; c'est donc à nous à développer sa pensée.

Cet auteur soutenait « cor aliquando movere, aliquando quiescere, et « esse tempus in quo movetur, et in quo motu destituitur » (5). Le cœur était donc pour lui tantôt en mouvement et tantôt en repos :

« In quiete, ut in morte cor laxum, flaccidum, enervatum, inclinatum « quasi jacet.

(1) 7 octobre 1861.

(2) Systole de l'oreillette, systole du ventricule, puis diastoles isochrones de l'oreillette et du ventricule.

(3) Systole de l'oreillette, diastole du ventricule, systole du ventricule, diastoles isochrones de l'oreillette et du ventricule.

(4) 6 janvier 1862.

(5) Exercitatio anatomica, *de Motu cordis*, etc., caput secundum, p. 24 de l'édit. in-4 de Leyde, 1737.

«In motu, et eo quo movetur tempore..... cor erigitur et in mucro-«nem se sursum elevat, sicut illo tempore ferire pectus, et foris sentiri «pulsatio possit..... Undique contrahitur, magis vero secundum latera, «ita, uti minoris magnitudinis, et longiusculum, et collectum appa-«reat..... Comprehensum manu cor eo quo movetur tempore, durius-«culum....» (1).

Il répugnait donc à Harvey d'admettre que la diastole fût active comme la systole.

Il exprimait cette idée en disant à la fin du chapitre second de son immortel ouvrage (édit. cit., p. 27 et 28) : «Neque verum est similiter, «quod vulgo creditur, cor ullo suo motu, aut distentione sanguinem in «ventriculis attrahere : dum enim movetur et tenditur expellit; dum «laxatur, et concidit, recipit sanguinem eo modo quo postea patebit.» «C'est une erreur de croire, avec le vulgaire, que le cœur attire le sang dans les ventricules, soit par un mouvement qui lui soit propre, soit par extension, car, tandis qu'il se meut et s'élève, il chasse le sang; c'est, au contraire, pendant qu'il est relâché et affaissé qu'il le reçoit (2) par le moyen que nous ferons connaître par la suite.»

Quel est ce moyen ? Le voici tel qu'il est exposé par Harvey :

«Sed et præcipue notandum, quod, postquam cessavit cor pulsare, «adhuc auricula pulsante digito super ventriculum cordis posito, sin-«gulæ pulsationes percipiuntur in ventriculis, eodem plane modo, quo «ventriculorum pulsationes in arteriis sentiri antea diximus, a sanguinis «impulsu nimirum distentione facta, et hoc tempore, pulsante solum «auricula, si forfice cordis mucronem abscecueris, exinde singulis auri-«culæ pulsationibus sanguinem effluere conspicies : ut hinc pateat quo-«modo in ventriculos sanguis ingrediatur, non attractione, aut disten-«tione cordis, sed ex pulsu auricularum immissus.» (*De Motu cordis et sanguinis in animalibus*, p. 82.)

Ce passage est bien clair; il signifie que les pulsations des oreillettes survivent aux pulsations cardiaques et que, si l'on applique le doigt *sur le cœur qui a cessé de se mouvoir,* alors que les oreillettes se meuvent encore, on perçoit dans les ventricules l'effet des contractions auriculaires, tout comme on sent dans les artères les contractions du cœur.

(1) *Ibid.*, p. 23.

(2) Ainsi, c'est au moment du relâchement des ventricules, que Harvey les faisait remplir par les oreillettes en contraction. Dans tout autre temps que cette contraction, le sang n'arrivait pas aux ventricules. C'est ce qui ressort pour moi de la lecture attentive du livre *du Mouvement du cœur*.

Harvey concluait de cette action des oreillettes, alors que le cœur ne bat plus, qu'elles donnaient les premières le mouvement au sang.

Il fallait, pour qu'il en fût ainsi, que ces cavités fussent non-seulement un réservoir du sang, mais un réservoir contractile. C'est ce que prouvent les paroles suivantes qu'on peut lire à la page 97 de l'édition de Leyde : « Auriculas similiter pulsare apertum est, sese contrahere « (ut ante dixi) et sanguinem in ventriculos conjicere; unde ubicunque « est ventriculus, auricula necessaria, non solum quod vulgo creditur, « ut sit sanguinis receptaculum et promptuarium (quid enim opus est « pulsatione ad retinendum), sed motores primi sunt sanguinis auriculæ, « presertim dextra, primum vivens, ultimum moriens (ut ante dictum est) quare necessaria, ut scilicet sanguinem in ventriculum subserviens « infundat. »

IV

PREMIER DISCOURS DE M. BOUILLAUD (1).

Arrivons au discours de M. Bouillaud, et sans nous arrêter à l'exposition qu'il a faite de la théorie dite ancienne, sans nous arrêter aux considérations anatomiques que nos lecteurs connaissent, sans revenir surtout à cette scène du *Médecin malgré lui* qu'il a rappelée (je veux dire celle qui a trait au changement de place des organes), scène dont on a rarement compris l'esprit et l'à-propos (2), entrons de plain pied dans la question.

L. Mailliot.

— La suite au prochain numéro. —

(1) Séance du 19 avril 1864, p. 646 à 679 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

(2) Si les personnes qui lisent *le Médecin malgré lui* savaient les circonstances qui ont précédé la composition de cette pièce, elles s'expliqueraient très-bien le motif qui a inspiré à Molière la scène de Sganarelle et de Géronte.

On a prétendu que cet auteur en avait probablement pris l'idée dans le cas d'un soldat qui mourut aux Invalides à l'âge de 72 ans, soldat sur lequel fut trouvée une transposition générale des viscères, dont Jean Méry donna communication à l'*Académie royale des sciences* en 1688.

« La célèbre observation de Morand, a dit Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, est, assure-t-on, ce qui inspira à Molière l'idée de faire placer, par *le Médecin malgré lui*, le cœur à droite et le foie à gauche. »

Le soldat des Invalides ne fut disséqué qu'en 1688, et *le Médecin malgré lui* avait été représenté pour la première fois le 6 août 1666.

Si Molière dut réellement à la connaissance de quelque fait de transpo-

BULLETIN

M. DAREMBERG ET LA MÉDECINE MYSTIQUE. — MORT DE M. GRATIOLET.

Malgré d'anciennes dettes que nous sommes encore contraint, faute de place, de remettre au mois prochain, il en est une de plus fraîche date, mais urgente, que nous devons acquitter.

M. Daremberg vient de publier dans le *Journal des Débats* (12 et 14 février) deux articles, où, à propos d'un représentant un peu nuageux de Montpellier, égaré dans l'école de Paris, il anathématise ce qu'il appelle la médecine *métaphysique* ou *mystique*. Comme cette attaque est plus que transparente, qu'elle est pleine de ménagements pour son point de mire avoué, tandis qu'elle n'est en réalité qu'une sorte de représailles à l'adresse de *l'Art médical*, qui s'est dernièrement permis quelques réflexions sur le cours et les tendances du nouveau professeur au Collége de France, il est bon de montrer la justesse, la convenance et la valeur de cette diatribe.

« Parmi les médecins, dit M. Daremberg, qui mettent le général au-dessus du particulier....., il y a deux tendances fort différentes et dont

sition des viscères l'idée de la scène que nous venons de rappeler, il est probable que ce fait ne fut autre que celui dont on peut lire la relation dans Jean Riolan (1), relation qui remonte à l'année 1650. Ce fut un meurtrier, Richard Francœur, qui en fit le sujet. Le corps de ce misérable avait été livré aux chirurgiens après avoir subi le supplice de la roue. Régnier le fit servir à ses démonstrations, et l'anatomiste Antoine Bertrand en fit la dissection. Tous les organes ayant été trouvés transposés, on fit grand bruit dans le monde de cette observation, et Riolan la publia, après avoir été témoin, chez Régnier lui-même, de cette anomalie qu'il voyait pour la première fois, lui qui avait ouvert des morts par centaines.

Ce fait, du reste, ne l'étonna pas seul; il frappa tellement les esprits

(1) *Disquisitio de transpositione partium naturalium et vitalium in corpore humano.* Authore Joanno Riolano, p. 117 et seq. In OPUSCULA ANATOMICA VARIA ET NOVA. In-12; Parisiis, 1652. — Inscrit à la Bibliothèque impériale sous le n° 3251. Je donne cette indication parce qu'on chercherait en vain à l'École de médecine de Paris un exemplaire de cet ouvrage. Celui qu'elle possédait passa, le 14 du mois de mars 1793, de la bibliothèque de la Faculté dans celle de son bibliothécaire, M. Suë.

l'une est, à mon avis, aussi dangereuse que l'autre est profitable : les uns cherchent les généralités dans l'étude de la médecine elle-même, c'est-à-dire dans l'étude de l'homme sain ou malade; *tranchons le mot, dans la contemplation de la matière vivante, à l'état physiologique et à l'état pathologique ;* les autres, dépassant de beaucoup le cadre de la médecine proprement dite, vont chercher le *point de départ* et le *contrôle de leurs doctrines biologiques dans les plus hautes régions de la métaphysique ou même de la théologie.* J'appellerai les premiers des *positivistes.....* et les seconds des *mystiques.* Je trouve que les premiers sont dans le vrai et que les seconds marchent dans les sentiers de l'erreur..... »

On nous avait reproché, dans notre appréciation du début de M. Daremberg au Collége de France, de n'avoir pas signalé son *positivisme*, ou, pour parler français, le *matérialisme* de ses doctrines. Nous étions sûr qu'il ne pouvait tarder à faire lui-même sa profession de foi. Personne n'en peut douter maintenant. Les médecins qui sont *dans le vrai* sont *ceux qui cherchent les généralités..... dans la contemplation de la matière vivante*, qui ne voient dans l'homme que de la matière vivante à *l'état physiologique* et à *l'état pathologique !* Rien de plus clair; il n'est pas besoin d'autres preuves. *Habemus confitentem reum.*

Cependant, l'aveu échappé, M. Daremberg cherche à en amoindrir l'effet : le mot *positiviste* lâché, il ajoute : « Je n'ai pas d'autre mot au bout de ma plume, et je le prends dans son sens général, mais non pas dans celui de la philosophie de M. Comte. » Est-ce que Comte et ses disciples voient autre chose dans l'homme que de la *matière vivante?* Comte en a trop dit sans doute ; « M. Comte, continue M. Daremberg, a, suivant moi, commis une faute en transportant son système du do-

à cette époque, qu'il fut signalé, avec plus ou moins de détails, par une foule d'auteurs, au monde savant, ainsi que le témoignent les écrits du temps.

Quoi qu'il en soit du motif qui ait agi sur l'esprit de Molière, il est à regretter qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire ait commis, à ce propos, une erreur si grossière de date. S'il fût remonté à la source de l'observation à laquelle il faisait allusion, il ne se serait pas fait l'écho d'une allégation sans fondement. De plus, cette allégation n'eût été reproduite ni par M. Bouillaud (*Maladies du cœur*, 1re édit., t. II, p. 547, Paris, 1835. — *Nosographie médicale*, t. V, p. 526, note 1. Paris, 1846), qui fait disséquer le soldat des Invalides par Méry au lieu de Morand, en 1686 au lieu de 1688; ni par M. Piorry, qui donne cette observation (*Médecine pratique*, n° 1559, t. Ier, des *Monographies*. Paris, 1842) comme la première de ce genre qu'on ait publiée.

maine des sciences physiques, naturelles et historiques, sur celui de la psychologie, de la morale, de la religion. » L'honorable professeur paraît croire en effet qu'on peut être à la fois *positiviste* en médecine et en physiologie, et *spiritualiste* en psychologie; nous voulons croire à sa bonne foi, mais alors le moyen de croire à sa logique? « Je sais, dit-il, tout ce que valent les doctrines spiritualistes et les doctrines chrétiennes; je sais à quoi elles servent pour l'éducation morale et religieuse de l'homme; mais je n'ai jamais compris qu'on voulût les faire intervenir en une science qui a le *corps pour objet, et qui, après tout, est essentiellement la même pour les animaux et pour l'homme.* »

Ainsi, pour M. Daremberg, positiviste et spiritualiste en même temps, la physiologie et la médecine n'ont pas pour objet l'homme tout entier, dans son corps et dans son âme, le moi humain, la personnalité humaine, qui sent, pense, veut, agit souffre, vit et meurt, mais le *corps seul, la matière vivante!* Et cette science, qui a pour objet l'homme sain ou malade, l'homme dans toute la plénitude de ses facultés physiques, morales, intellectuelles, ou atteint dans l'exercice de cette triple vie, cette science *est essentiellement la même pour l'homme et pour les animaux!* la médecine et l'art vétérinaire confondus, l'homme et la bête mis au même rang, voilà les conséquences où conduit le positivisme, même le positivisme restreint et de bonne compagnie du professeur-rédacteur des *Débats!*

Aussi, ayant de notre science une idée aussi juste, aussi complète, aussi élevée, il est tout naturel qu'il s'écrie: « Je ne crois pas plus à une médecine métaphysique ou catholique qu'à une chimie ou à une physique qui aurait la prétention de se fonder sur les dialogues de Platon ou sur les thèses de saint Thomas. » A cette comparaison dans laquelle se complaît M. Daremberg, et qui lui paraît péremptoire, nous ne répondrons pas que la philosophie n'a jamais nui à la physique; que toutes les vérités se lient, que les supérieures contiennent les inférieures, que de grands métaphysiciens ont été, précisément parce qu'ils étaient tels, de grands astronomes, de grands physiciens, de grands naturalistes; que c'est là le secret de tous les encyclopédistes dignes de ce nom, depuis Aristote jusqu'à Albert le Grand, et même ensuite, témoins les Newton, les Leibnitz, les Pascal, etc.; que la physique et la chimie, comme toutes les sciences, ne reposent pas seulement sur l'expérience, mais sur le raisonnement, et qu'elles ne peuvent être en contradiction avec les vérités de l'ordre le plus élevé; mais nous lui répondrons simplement qu'il n'a pas le droit de mettre la médecine sur le même pied

que la physique et la chimie, attendu que ces dernières n'ont pour objet que les corps bruts et les lois qui les régissent, tandis que la médecine a pour objet l'homme, roi de la création, esprit et corps à la fois, résumant en lui les phénomènes des corps bruts, ceux des végétaux, ceux des animaux, et enfin ceux des intelligences pures ; de telle sorte que, si la médecine est tributaire de sciences inférieures et accessoires, comme la physique, la chimie, l'histoire naturelle, on ne pourrait, sans injustice, ainsi que le fait M. Daremberg, lui interdire le droit de demander aux sciences supérieures : la philosophie, la morale, la théologie, les lumières qui lui manquent.

Mais, comment faire entendre raison à un érudit qui vous répète à satiété la même formule : « *Pourquoi encore une fois demander à la médecine humaine plus qu'on n'exige de la médecine vétérinaire*, PUISQUE LE TERRAIN EST EXACTEMENT LE MÊME ? »

Il faut convenir qu'il y a des *vues basses*, même intellectuellement parlant. Partant de ce sophisme si cher au professeur du Collége de France, comment pourrait-il comprendre, en effet, « la prétention de certains médecins, qui invoquent les décisions des conciles, et les opinions des docteurs de l'Église ?... Non, il n'y a pas plus de médecine catholique, de médecine protestante, de médecine juive..... que de médecine païenne; non, mille fois non, la théologie n'a rien à faire avec la médecine (1). La médecine peut fournir de bonnes solutions à la casuistique, mais la casuistique ne résoudra jamais une question de médecine (2). En un pareil sujet, un texte de saint Ambroise, de saint Grégoire ou de saint Thomas n'est pas plus qu'un texte d'Aristote ; invoquer le dogme du péché originel pour établir les premiers principes de l'art de guérir, ainsi que le fait un de nos excellents amis, cela peut être fort édifiant pour les bonnes âmes ; mais cela peut surprendre un homme de science, qui regarde la maladie comme une conséquence du mouvement même de la vie... » (3).

M. Daremberg ne croit pas à une médecine *catholique*, *protestante*, *juive*, *païenne*. Comme lieu commun et comme banalité spécieuse, cette

(1) Ce n'était pas l'avis de Bordeu, aussi compétent que M. Daremberg ; *l'Art médical* l'a rappelé (juillet 1864).

(2) Mais il y a des devoirs, des questions de morale en médecine. Qui les résoudra ?

(3) Ces plaisanteries défigurent la doctrine attaquée ; bien que conforme aux vérités de la *foi*, cette doctrine médicale n'en a pas moins pour fondements l'*expérience* et la *raison*. (V. Tessier, *C. de méd. génér.*)

proposition a quelque chance de succès; mais elle ne supporte pas l'examen. D'abord, comme érudit, notre adversaire doit savoir qu'il a existé, quoi qu'il en dise, une médecine juive, une médecine grecque, une médecine arabe, ayant chacune certains principes et une allure pratique différente, avec un fonds commun, mais se rattachant toutes à des vérités supérieures et par là bien préférables à la médecine *positiviste*, parce qu'elle se réduit à l'étude exclusive, non plus de l'homme, pas même du corps humain, mais de la *matière vivante*. Toutes, à des degrés divers, ont entrevu Dieu dans la créature (*nomen Dei scriptum in omnibus rebus*), et l'âme dans l'homme. Seul le positivisme médical a tout nié, sauf la matière organisée. Mais revenons à la fameuse proposition de M. Daremberg. Sans doute la médecine, quant à l'observation des phénomènes normaux ou morbides et du siége qu'ils occupent, quant aux signes, aux indications, aux médications, n'est ni chrétienne, ni païenne. Les évacuants, les révulsifs, les pilules, les globules : tout cela sans doute n'est ni païen ni chrétien; mais peut-on en dire autant de la médecine dans ses principes et ses applications, comme science et comme art, suivant les doctrines qui l'inspirent et l'esprit qui l'anime vis-à-vis des individus et des nations? Il serait aussi vrai de dire qu'il n'y a pas de science chrétienne, d'art chrétien, de civilisation chrétienne. En fait de négation, rien n'arrête le positivisme; il nie tout ce qu'il ne comprend pas, il ne se contente pas de nier la médecine chrétienne, il nie la médecine humaine, nous l'avons vu, en tant que distincte de la médecine des animaux, « leur terrain étant exactement le même. »

Il est donc indifférent pour la science et pour le médecin d'admettre un Dieu créateur et législateur, ou de croire à l'activité, à l'éternité de la matière; de croire à l'existence d'une âme immortelle dans l'homme, ou de ne voir en lui qu'un singe perfectionné et de le traiter en conséquence? Peu importe que le médecin, que le physiologiste, aient une idée précise de la nature de l'homme, de la vie, de la mort, de l'origine du mal, des causes des maladies, de leur distinction radicale, de la hiérarchie des phénomènes morbides, etc. etc., ou qu'il n'en ait aucune; car ce n'est pas assurément la contemplation de la matière vivante qui lui permettra de résoudre ces problèmes. Cette étude ne peut donner que ce qu'elle a toujours donné, des connaissances de détail sur les phénomènes physiologiques ou anormaux : c'est-à-dire un peu de physiologie et d'anatomie pathologique. Le médecin peut, il doit demander beaucoup à la physique, à la chimie, il lui est interdit de faire le moindre emprunt à la philosophie; surtout à la théologie, ni de se mettre d'accord

avec elles. Notez bien qu'une pareille médecine n'a jamais existé. Je mets au défi M. Daremberg de trouver dans l'histoire une école, un grand médecin, qui n'ait pas eu une doctrine extra ou supra-médicale. « Hippocrate, dit-il, n'a jamais été que le disciple de la nature, et n'est jamais sorti... du cercle de la médecine. » Comment alors expliquer cette phrase du père de la médecine : « *Il faut faire entrer la philosophie dans la médecine, et la médecine dans la philosophie;* medicus philosophus est homo fere divinus ? *et le* quid divinum *dans les maladies? et ce quelque chose d'immortel qui entend tout, qui voit et qui connaît autant ce qui est présent que ce qui est à venir?* et plusieurs autres passages où Hippocrate se conforme à la philosophie et à la théologie naturelle de son temps? Et Galien ne loue-t-il pas Hippocrate de n'avoir pas moins tenu le premier rang entre les philosophes qu'entre les médecins? Lui-même, dans ses écrits, n'a-t-il pas « mis de quoi satisfaire les médecins et les philosophes ?» ... Il suivait Platon et Aristote, et non pas Épicure (Daniel Leclerc); et, en écrivant son livre *de Usu partium*, il dit, tout païen qu'il était : « qu'il composait une hymne véritable » au Dieu tout sage, tout bon et tout-puissant, et, par là, il a « mérité l'admiration des chrétiens. »

M. Daremberg ne croit pas à une médecine païenne ni à une médecine chrétienne! Mais cette médecine qui enseigne et pratique le fœticide; qui ne baptise plus les nouveau-nés en danger de mort; qui proclame que la chasteté est un crime; qui sacrifie l'innocent ou l'intérêt de la société, non pas à l'honneur légitime, mais à la superstition du secret médical; qui inocule la petite-vérole, la syphilis à des enfants; qui laisse sans traitement une mère syphilitique pour mieux observer la syphilis héréditaire; qui conseille d'impudiques manœuvres chez les hystériques; qui ne respecte pas la virginité; qui favorise le système de Malthus; qui engourdit avec de l'opium les enfants pauvres en Angleterre; cette chirurgie qui opère sans indication et qui pratique des opérations de complaisance; cette science sans principes, cet art sans pitié, qui soumet l'homme et l'enfant au régime de l'expérimentation brutale, au nom des *droits* de la science: tout cela, n'est-ce pas de la médecine païenne, dont la médecine chrétienne est l'antipode? N'e t-ce pas plutôt quelque chose de pire, car, nous l'avons vu, la médecine païenne avait encore une certaine grandeur morale et religieuse; n'est-ce pas du matérialisme médical? N'est-ce pas de la médecine positiviste?

Le comte de Maistre disait qu'il aimerait mieux se confier au bourreau qu'à un médecin athée. De nos jours, d'épouvantables drames judiciaires

ont justifié ces craintes et dévoilé les derniers et lugubres mystères d'une médecine sans morale, sans principe et sans frein religieux.

Après cela, qu'importe que M. Daremberg se permette des insinuations de bon goût et des traits d'esprit contre ses adversaires ? qu'il dise avoir vu «que ce sont particulièrement les sectateurs d'une nouvelle doctrine qui, de nos jours, mêlent si pieusement et à haute dose les textes de médecine aux textes de l'Écriture ou des Pères», et qu'après en avoir cherché et trouvé l'explication, il ne voudrait pas la donner de peur «d'offenser à la fois l'homœopathie et la religion»; qu'il les accuse de demander «des certificats d'orthodoxie,» de mettre «leur diplôme de docteur sous la protection d'un bref du pape», de faire «des dupes et des victimes». Qu'importe encore une fois? Les sectateurs de la médecine *mystique*, c'est-à-dire chrétienne, fiers de la vérité qu'ils servent, forts de leur désintéressement, de leur indépendance, dédaignent les injures et les calomnies des positivistes; ils ne s'abaissent pas à les relever; dans tous les cas, comme ils ne suivent pas la même route, M. Daremberg n'a pas dû les rencontrer sur le chemin qui mène aux places, aux chaires, aux honneurs, à la fortune.

En présence d'aussi tristes doctrines, la perte d'un savant chrétien est un double malheur. Nos lecteurs ont sans doute appris déjà la mort de M. Gratiolet, professeur à la Faculté des sciences, l'une des lumières du Muséum, et dont *l'Art médical* inscrivait avec joie, le mois dernier, une dernière et éloquente protestation en faveur de la *divine majesté* de l'homme. Frappé d'apoplexie, il y a peu de jours, à quatre heures du soir, dans son laboratoire du Jardin des Plantes, il mourait dans la nuit, à 49 ans, dans toute la force de l'âge et du talent, laissant dans la plus honorable pauvreté sa femme et ses enfants.

Nous nous associons de tout cœur à l'appréciation suivante que donne la *Gazette des hôpitaux* :

«La science vient de perdre tout à coup un de ses maîtres les plus éminents. M. Pierre Gratiolet, professeur de zoologie à la Sorbonne, a été enlevé en quelques heures par une attaque d'apoplexie, à l'âge de 49 ans.

«Gratiolet n'était pas seulement un savant de premier ordre, c'était de plus un écrivain distingué, un orateur entraînant et un professeur hors ligne. Malgré tant de qualités, malgré l'importance de ses travaux et de ses découvertes, il est resté pendant de longues années dans une position tout à fait secondaire, qui le laissait aux prises avec les difficultés

matérielles de la vie. Son mérite était partout reconnu et proclamé, mais d'injustes préventions, des rivalités jalouses, lui fermaient obstinément le passage, et il y a quelques années encore, cet homme, dont le nom était déja illustre dans toute l'Europe, n'avait d'autre position que celle d'aide d'anatomie au Muséum d'histoire naturelle.

« A la mort d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, M. Rouland, ministre de l'instruction publique, commença enfin à réparer cette longue injustice en le désignant comme chargé du cours de zoologie à la faculté des sciences. La foule considérable qui vint se presser aux leçons du professeur par intérim, consacra par ses applaudissements ce choix éclairé, que les professeurs de la Sorbonne sanctionnèrent à leur tour en présentant M. Gratiolet au gouvernement, comme successeur de Geoffroy Saint-Hilaire.

« Gratiolet n'a pas joui longtemps de sa nouvelle position. Il y avait deux ans à peine qu'il était en possession de sa chaire, lorsque la mort est venue l'arracher à sa famille, à ses nombreux amis, à ses élèves et à ses travaux. Il a été frappé mercredi dernier, dans l'après-midi, au milieu de son laboratoire, et il est mort la nuit suivante. Rien ne permettait de prévoir ce funeste événement. Jamais ses facultés n'avaient été plus brillantes, son intelligence plus lucide, sa voix plus éloquente. Il laisse une veuve et trois enfants en bas âge, et pour tout patrimoine, il ne leur lègue que son nom. Nous espérons que la sollicitude éclairée de l'État ne fera pas défaut à cette grande infortune, car un pays comme le nôtre ne doit pas laisser dans le besoin la famille d'un homme qui l'a honoré par ses découvertes, par son caractère et par son talent. »

Nous n'ajouterons qu'un mot à ces lignes qui sont un digne hommage à la mémoire de Gratiolet; c'est qu'il a rendu, par sa mort toute chrétienne, un dernier témoignage aux doctrines qu'il avait représentées et défendues pendant sa vie et auxquelles on devait croire qu'il pourrait consacrer encore pendant longtemps son beau talent, sa haute intelligence, son noble caractère.

Alph. Milcent.

— Le Dr Jousset continue son cours de médecine pratique les mardis et samedis, à 5 heures, rue Larrey, 8. Il expose dans ses leçons le traitement homœopathique à propos de chaque maladie.

Le Rédacteur en chef, Jules Davasse.

Paris. — Imprimerie de A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.



L'ART MÉDICAL

AVRIL 1865

BIBLIOGRAPHIE ET NOSOGRAPHIE

LA SYPHILIS, SES FORMES, SON UNITÉ

PAR LE Dr J. DAVASSE

— Suite et fin (1) —

VII

Avant d'aller plus loin, signalons cette œuvre comme un remarquable spécimen de ce que peut produire la doctrine féconde dont nous nous honorons d'être les interprètes. Recueillons le loyal témoignage de l'auteur lui-même nous écrivant « qu'il est juste de proclamer *sur les toits* que la véritable initiative dans la question nouvelle appartient à la doctrine de notre maître J.-P. Tessier.... Mon travail, ajoute-t-il, n'est point, ainsi qu'un critique, M. A. Martin, l'a prétendu à tort, dans les *Archives*, un *plaidoyer ardent en faveur de l'unité syphilitique*, du moins de l'unité à la façon de ses ordinaires défenseurs qui n'accordent rien ou presque rien aux réformes nouvelles. Loin de là, la détermination des formes naturelles de la maladie, consacre les progrès récemment acquis, suivant les propres expressions de mon avant-propos, *au delà de toute espérance*, et donne

(1) Voir *l'Art médical*, mars 1865.

la clef d'une foule d'autres problèmes méconnus ou obscurs. C'est là ce qu'il faut préciser pour mettre en lumière cette DOUBLE ASPIRATION DE NOTRE DOCTRINE A LA FOIS VERS LA TRADITION ET VERS LE PROGRÈS. »

Ainsi, d'une part, rien de perdu des conquêtes de la tradition : l'unité morbide de la syphilis démontrée, son essentialité plus solidement établie, sa distinction radicale de toute autre maladie, de la blennorrhagie en particulier, mise hors de doute ; l'histoire de son évolution et de ses périodes successives sanctionnée et enrichie.

D'une autre part, tous les progrès acceptés, sans bouleversement et sans secousse ; faits nouveaux de transmission croisée et de transformation des chancres, vérifiés et admis ; contagion des accidents secondaires incontestée ; séparation de la sycose et de la syphilis maintenue, etc., etc.; et tout cela sans conclure à des distinctions essentielles, au morcellement de la maladie en plusieurs espèces morbides, mais seulement à l'établissement de plusieurs *formes* qui rendent parfaitement compte de la *diversité* dans l'*unité*.

La doctrine seule de l'essentialité pouvait *faire de l'ordre* dans ce désordre de la syphilographie contemporaine et rendre compte de tous les faits en apparence contradictoires et inconciliables, en réduisant à une question de *formes* un problème rendu insoluble du point de vue hypothétique de la diversité des virus.

Cela dit, revenons au formes *héréditaires* et *endémo-épidémiques*.

VIII

Rompant avec la plupart des auteurs, M. Davasse ne range pas dans les syphilis héréditaires la syphilis *acquise* des nouveau-nés, qui rentre évidemment dans la *forme confirmée*.

Admise, et même avec exagération, dans les premiers temps, niée par Hunter, bien décrite par Bell, présentée pour la première fois comme forme distincte par notre ancien collégue et ami J. Hélot (1844), remarquablement exquissé par Colles à Dublin, par Mayr à Vienne, la syphilis héréditaire a trouvé son plus fidèle historien dans M. Diday (*Traité de la syphilis des nouveau-nés*).

Elle présente à l'observateur attentif deux formes : la *forme congénitale*, la *forme héréditaire proprement dite*.

1° « La première survient d'une manière précoce, quelquefois avant, le plus souvent peu de semaines après la naissance; elle est aiguë et grave, éminemment contagieuse, circonscrite le plus souvent aux phénomènes secondaires. » Mais (ce qui prouve combien on a eu tort d'identifier cette forme avec la forme confirmée) ici tout semble renversé : non-seulement les phénomènes primitifs manquent, mais le mode de succession est tout autre : les phénomènes cachectiques et les affections viscérales commencent, et le mal n'apparaît à la peau qu'après avoir vicié profondément toute l'économie.

Les enfants qui n'ont pas succombé dans le sein de la mère et qui viennent au monde atteints de cachexie *videntur semi-cocti, ut ferant peccata parentum* (Fallope). « Ils ont le corps émacié, la peau mate, terne, sans élasticité, plus ou moins sèche, couverte de plis et de rides, assez semblable à du parchemin. En divers points du corps, l'épiderme fait défaut ou paraît interrompu. Çà et là, sur les fesses, à la partie interne des cuisses, aux talons, on remarque des rougeurs érythémateuses, livides, plus rarement des bulles de pemphigus à la plante des pieds et à la paume des mains. Les extrémités inférieures surtout sont violacées, grêles, flasques et débiles; les ongles à peine formés, les cils et les sourcils font dé-

faut; les cheveux sont ténus et rares, la couleur du visage est bistrée, d'un teint caractéristique...; les traits du visage, ridés, creusés, contractés par la souffrance, portent le cachet sénile qui a frappé tous les observateurs; » ils présentent, suivant l'expression de Doublet, *la miniature de la décrépitude*. Sans force pour prendre le sein, ces malheureuses petites créatures s'éteignent après quelques jours, souvent même au bout de quelques heures.

Dans certains cas assez rares, les enfants naissent avec des manifestations syphilitiques plus ou moins développées, mais qui ont commencé pendant la vie intra-utérine.

Le plus ordinairement les nouveau-nés présentent d'abord les apparences de la santé ordinaire. Bientôt, quelques jours après la naissance, ils deviennent agités, dorment moins, tettent avec difficulté et commencent à présenter les signes cachectiques décrits plus haut. Bientôt apparaissent au visage, puis aux extrémités, des taches lenticulaires, brunâtres, cuivrées; elles s'élargissent et se confondent; l'épiderme s'exfolie; le nez se prend; la respiration devient soufflante; la pituitaire s'engorge; des narines s'écoule un muco-pus qui les obstrue, surtout en se concrétant; la succion devient difficile, anxieuse, impossible.

L'affection nasale peut s'étendre au palais, au pharynx, au larynx.

A la bouche, à l'anus, à la vulve, il se forme des fissures envahissantes, saignant facilement, gênant le jeu des muscles de ces orifices.

Au bout de peu de temps, sur les taches brunes se développent des syphilides papuleuses, vésiculeuses ou pustuleuses; aux orifices des muqueuses, dans l'intervale des fissures, au périnée, au cou, au dos, à la ré-

gion interfessière, etc., apparaissent les condylomes (plaques muqueuses) les plus volumineux.

A une période plus avancée, les fissures et les rhagades passent à l'état d'ulcères, à bords élevés, durs, entourés d'une auréole rouge, sale, rongeante, à fond sanieux, verdâtre, recouvert, par places, de croûtes noires.

Les ulcérations du nez rongent la membrane de Schneider, les parties osseuses sous-jacentes et voisines, et déterminent dans les fosses nasales ou dans l'arrière-gorge des désordres plus ou moins graves. La mort survient enfin dans l'épuisement le plus complet, mais elle peut aussi survenir au milieu de symptômes très-légers.

On peut obtenir la guérison par l'administration sage et réservée du mercure à la mère ou à la nourrice.

Les *affections* les plus communes de la syphilis congénitale sont : des *plaques muqueuses* qui s'ulcèrent facilement, rarement la *roseole* et les éruptions papuleuses et squameuses, plus souvent les *pustules* sous forme d'*impetigo* à la face, d'*acné* sur le torse, d'*ecthyma* sur les fesses et les cuisses.

Les *tubercules* se convertissent facilement en ulcérations serpigineuses et térébrantes.

Le *pemphigus* est assez fréquent dans l'état cachectique congénital, à la paume des mains, à la plante des pieds, sur la partie inférieure des jambes.

Autant le *coryza* et l'*onyxis* sont fréquents, autant l'*iritis* et les *affections osseuses* sont rares.

Les *altérations viscérales* se distinguent de celles de la forme confirmée, par leur *fréquence*, leur *précocité*, la *rapidité de leur évolution ;* elles consistent surtout dans des abcès multiples, des suppurations du poumon, du thy-

mus, l'induration et l'hypertrophie du foie (Gubler), l'inflammation du péritoine.

Quant aux *indications curatives* de la forme congénitale, le mercure est le médicament le mieux approprié ; « mais, dit M. Davasse, que les praticiens méditent bien ces graves enseignements qui nous donnent la clef de tant de disputes encore pendantes, et nous indiquent la voie droite à suivre au milieu de tant d'écueils ! Le mercure n'est indiqué dans la forme congénitale qu'en conséquence de l'analogie de ses propres effets avec ceux de la maladie ; comme la syphilis, il produit le détachement prématuré du fruit ou l'avortement, l'atrophie, les dégénérescences viscérales, l'érythème, les éruptions, les érosions, les fissures, les ulcérations... les lésions osseuses. Employer ce poison violent à des doses plus ou moins élevées, répétées, *toxiques*, c'est exposer le fragile organisme des nouveau-nés aux plus malencontreuses chances de la médication. Ainsi s'expliquent surtout les divergences d'opinion des observateurs qui attribuent l'avortement, les uns à l'influence, les autres à l'omission du traitement préventif. » L'auteur conclut donc, avec les plus compétents, à l'administration de doses fractionnées, très-minimes. Après la naissance de l'enfant, il faut se souvenir de cet adage impérissable d'Hippocrate : *Lactantium cura tota in medicatione nutricum*. C'est ce traitement indirect qu'anciens et modernes ont préconisé (Garnier, Astruc, Levret, Fabre, Rosen, Colombier, Faguer, Burton, Doublet, Bertin, Swediaur, MM. Bouchut, Bassereau, Diday.) M. Cullerier rejette ce traitement, parce qu'on n'a pas retrouvé de mercure dans le lait ou parce qu'on (M. Péronne) n'en a trouvé que des quantités infinitésimales. « Si cette *molécule*, répond M. Diday, suffit à guérir l'enfant, au nom de quelle science voudriez-vous comparer ses effets à ceux

de la parcelle d'un sel que vous lui faites, deux fois par jour, avaler à contre-cœur, sans même savoir s'il ne sera pas rejeté intact par les selles ? » Enregistrons enfin un dernier aveu du contempteur des doses *infinitésimales* dans le lait de la nourrice, de M. Cullerier : « J'ai vu les enfants être pris de vomissements opiniâtres après des doses très-légères, et ce que j'ai toujours vu prédominer c'est l'entérite qui enlève la plupart des enfants traités de cette manière. »

L'iode contre le coryza, et le chlorate de potasse ont été utilement employés. De même que pour les accidents secondaires de la syphilis confirmée, on ne saurait ne pas admettre, malgré les dénégations trop longtemps persistantes de M. Ricord, le pouvoir contagieux de la syphilis congénitale. C'est d'ordinaire par le contact de la muqueuse buccale *ulcérée* de l'enfant que la contagion se communique au sein de la nourrice. Enfin, il est un autre mode de communication encore inexpliqué, mais appuyé par des faits et des autorités incontestables, c'est celui du fœtus atteint par une influence héréditaire paternelle et infectant la mère à son tour.

2° *Forme héréditaire proprement dite.* — La syphilis est, dans ce cas, beaucoup plus tardive. C'est à l'époque de la seconde dentition, surtout après la puberté, ou même dans l'âge adulte, que se manifeste cette forme. Les accidents les plus ordinaires sont : des ulcères rongeants, serpigineux, l'esthyomène, les exostoses et les caries des os du palais et des fosses nasales, les tumeurs gommeuses, en un mot la plupart des phénomènes propres à la période tertiaire de la syphilis confirmée.

Sans doute « le caractère des douleurs, le siége des caries osseuses, l'évolution des symptômes, l'absence de troubles constitutionnels dus à d'autres maladies, le

bénéfice du traitement, » font souvent reconnaître la provenance des accidents; mais il est des cas, et ici nous croyons devoir accentuer plus que ne l'a fait M. Davasse les motifs d'incertitude, il est des cas où il est bien difficile de savoir si l'on est en présence de la syphilis héréditaire ou d'affections rachitiques, scorbutiques, surtout scrofuleuses.

En d'autres termes, « l'hérédité syphilitique ne metelle en jeu, dans ces circonstances, sur les descendants, que la prédisposition à la scrofule; et par conséquent cet état morbide ainsi contracté est-il identique à celui qui ne reconnaît pas cette origine? ou bien, au contraire, les dégénérescences dont nous parlons ont-elles un cachet spécial, une signature propre qui les rattachent exclusivement à la syphilis? »

Tous les auteurs ont noté l'*habitude scrofuleuse* des enfants atteints de syphilis héréditaire; mais ne peut-on pas dire, au moins de certains d'entre eux, que ce sont des scrofuleux, nés de parents syphilitiques, et chez lesquels les lésions, sous une influence héréditaire, affecteraient certains siéges spéciaux? Sans doute les os altérés sont plutôt les os du nez, le palais, le rocher; les douleurs sont plus vives, la suppuration plus rare, moins abondante; mais les os que nous venons d'indiquer sont aussi très-souvent atteints dans la scrofule, et les ophthalmies, le coryza, l'otorrhée, symptômes fréquents de la syphilis héréditaire, ne lui appartiennent pas plus qu'à la scrofule. Enfin l'iode qui réussit souvent dans l'une, n'est pas absolument inefficace dans l'autre; aussi M. Davasse a-t-il bien raison de dire : « Au milieu de ces obscurités, l'art seul fera jaillir des traits de lumière où la science hésite et trébuche à chaque pas. »

Le Dr Hutchinson, parmi les affections propres à cette forme héréditaire, a signalé plusieurs altérations impor-

tantes des organes des sens : la *kératite interstitielle*, la *choroïdite*, la *rétinite*, l'*atrophie du nerf optique*. Le même auteur indique, comme caractère, une certaine disposition des dents médianes incisives supérieures qui sont petites, d'une mauvaise couleur, et qui portent des entailles verticales à leur bord libre.

Quant à rappeler toutes les affections qui ont été rapportées par les auteurs, d'après M. Diday, à la forme héréditaire, on ne peut le faire que sous toutes réserves. Enumérer le rachitisme et le carreau (Astruc), l'endurcissement du tissu cellulaire (Doublet), certaines espèces de dartres (Bertin), l'insomnie opiniâtre (Pittshoff), les convulsions (Campbell), l'apoplexie, les vers, l'hydrocéphalie, les hydropisies du jeune âge (Levret), ce n'est pas démontrer que ces diverses affections puissent être syphilitiques.

Concluons donc, avec M. Davasse, « qu'il est superflu de faire remarquer toutes les incertitudes et les lacunes qui existent encore dans la syphilographie sur ce terrain à peine exploré par la science, » mais bien digne de l'être au point de vue « de l'abâtardissement des familles et de la dégénérescence des races si généralement reconnus aujourd'hui.

M. Davasse rapporte, à la fin du chapitre qu'il consacre à cette forme, une observation très-curieuse, qui semblerait établir le fait du *passage* de la syphilis héréditaire d'une aïeule à sa petite-fille, en *sautant*, comme on dit, une génération. Ce cas n'est, du reste, rapporté qu'à titre de fait unique et sous toutes réserves.

IX

Sous la dénomination de *syphilis endémo-épidémiques*, M. Davasse comprend l'épidémie du XVe siècle et certaines endémies contagieuses qui, par leur mode de

transmission, leurs caractères, leur évolution, l'*unicité* ordinaire de leur développement, leurs indications thérapeutiques, ont avec la syphilis confirmée, acquise, et surtout avec la forme congénitale aiguë, la plus grande similitude.

Nous ne transcrirons pas ici le tableau fidèle qu'en a donné Fracastor. La description du célèbre observateur de Vérone est classique; il suffit d'en rappeler les traits généraux qui étaient :

1° De la tristesse, de l'abattement, de la lassitude, de la pâleur; 2° une éruption générale de pustules, d'excroissances hideuses qui acquéraient la grosseur d'une coque de gland, s'ulcéraient, suppuraient, et prenaient le caractère phagédénique; 3° des douleurs, siégeant au voisinage des articulations, douleurs très-vives, très-tenaces, s'exaspérant la nuit, accompagnées de torpeur et suivies d'impotence; 4° des mutilations plus ou moins horribles par suite d'ulcères, de caries et de gangrènes; des lèvres et des nez rongés; les organes génitaux détruits. On voyait des malades qui avaient perdu les yeux, les pieds, des membres entiers; 5° l'apathie, la faiblesse générale, un état profondément cachectique.

La maladie durait plusieurs années; elle n'épargnait ni l'âge, ni le sexe; elle fit un grand nombre de victimes, mais non en rapport avec la multitude des malades.

Il est incontestable que la débauche fut pour beaucoup dans la transmission de cette horrible maladie. En effet, dans beaucoup de cas, « les parties honteuses » étaient le lieu d'invasion, le point de départ de la maladie. La plupart des observateurs s'accordent à dire que ce mal a paru sur la terre « pour être un frein à l'impudicité sans bornes des hommes ou pour lui servir comme de fléau; » mais, sans admettre la contagion à distance, il est im-

possible de méconnaître, d'après les documents les plus authentiques, une communication non vénérienne, et que pouvaient d'ailleurs expliquer le nombre et la durée des lésions éminemment contagieuses répandues sur la surface du corps des victimes.

« Presque la vingtième partie des hommes, dit Sabellicus, éprouva les atteintes du mal, » lequel n'épargna pas un grand nombre de personnages illustres par leur naissance, par leur rang, par leurs vertus, qui ne cherchaient pas à le dissimuler et n'en avaient nulle honte.

La maladie, considérée universellement comme une épidémie, comme une peste, sévit cruellement et se répandit pendant vingt ans; puis, pendant vingt autres années, elle s'adoucit et diminua au point que la plupart des contemporains crurent à sa prochaine et complète disparition. Leur espoir ne s'est réalisé que quant à la forme épidémique elle-même, et encore nous allons retrouver quelque trace de cette forme dans certaines contrées où plusieurs de ses caractères originels se sont conservés à l'état endémique.

Nous ne parlerons pas de quelques endémo-épidémies qui ne sont autre chose que des syphilis vulgaires importées « par un foyer accidentel de contagion dans des localités où elles n'ont eu qu'un cours éphémère et dont les symptômes ne présentent aucune originalité; » tels sont le *mal de Sainte-Euphémie* et le *pian de Nérac.*

X

Pour la syphilis véritablement endémique dans certaines contrées de l'Afrique, de l'Amérique et même de l'Europe, les auteurs modernes ne s'en occupent guère; seul, M. le Dr Rollet a fait, à leur égard, un travail d'ensemble; mais, s'il a démontré parfaitement leur

identité de nature, il ne les a pas assez nettement distinguées. Les *formes* seules permettent de tenir compte de la différence naturelle dans une même maladie.

Pian, yaws ou frambœsia. — C'est une maladie endémique sur la côte occidentale de l'Afrique, dans la Nigritie, la Guinée, le Congo, la Sénégambie et partout où les nègres ont été transportés, aux Antilles, à Cuba, au Brésil.

Le pian débute par un état de faiblesse, de langueur, des douleurs articulaires. La peau est comme couverte d'une farine blanche, puis successivement de petites papules, particulièrement au front, puis aux aines, aux aisselles, à la marge de l'anus et aux grandes lèvres; ces papules se couvrent de croûtes, se transforment en pustules, puis en ulcères comme gangréneux, plus tard fongoïdes. Plusieurs poussées successives ont souvent lieu, après que les premières commencent à se dessécher. Si l'on en croit certains auteurs, parmi les pustules, il en existe toujours une plus large, plus élevée, plus difficile à guérir, et qu'on appelle la *mère pian*. L'affection de la peau est quelquefois accompagnée de douleurs nocturnes, de gonflement des os, d'ulcères dans le pharynx, etc.

Certains auteurs (M. Sigaud) distinguent l'éruption pianique en pian *humide*, *sec*, *cristallin;* d'autres (Paulet, Levacher), en *gros* pians ou pians *blancs*, en petits pians ou pians rouges.—A ces lésions de la peau se rattachent les *guignes*, végétations de la peau des mains et de la plante des pieds, les *crabes*, les *saonaonas*, callosités douloureuses des mêmes parties, le *mal aux os* avec douleurs ostéocopes, exostoses, caries, etc.

La durée du mal varie de six mois à un an. Elle peut se prolonger pendant des années.

La maladie se transmet par contagion et par hérédité.

La contagion est très-active. Les enfants y sont très-exposés ; le simple contact suffit ; le mal se transmet aussi par les rapports sexuels, et, dit-on, par l'intermédiaire de certaines mouches communes au Brésil.

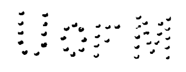
On inocule le pian aux sujets sains, comme méthode préventive. L'inoculation est vaine sur des sujets précédemment affectés de cette maladie ; la maladie inoculée est circonscrite et peu grave.

Suivant M. Paulet, qui a fait des expériences curieuses, sinon absolument innocentes, la matière pianique serait d'autant plus virulente que la suppuration est moins ancienne.

Le pian héréditaire se développe chez les enfants nouveau-nés, surtout de 3 à 5 mois.

Le traitement consiste dans l'usage intérieur et extérieur du mercure, joint aux sudorifiques, gaïac, salsepareille, etc. Les médecins anglais, à la Jamaïque, se servent plutôt de ces derniers, ou ne font rien, n'attribuant qu'une efficacité passagère au mercure. Dans certains cas, il faut recourir au soufre ou à l'antimoine pour guérir, surtout la dernière poussée, qui est caractérisée par la grosse pustule ulcérée, chronique, indolente, nommée par les indigènes *mama-pian*, ou *mama-yaws*.

Sibbens (*ou siwin qui veut dire framboisier*).—Cette maladie ne paraît être qu'une importation du pian en Écosse. Elle y est désignée, comme le pian, sous le nom de *yaws*. Elle commença à se manifester ou à être connue vers le XVII[e] siècle : « Elle se communique très-aisément par le contact direct, par l'usage des verres et autres ustensiles de ménage, par les lèvres, les mamelons des nourrices, par le lait même et l'hérédité. » « Je



l'ai observée, dit B. Bell, sur toutes les parties du corps et sous toutes les formes ordinaires de la syphilis, excepté sous celle de chancre sur les organes de la génération. » Swediaur et M. Wils ont vu le sibbens se transmettre par cette voie : ce dernier dit qu'alors les organes génitaux sont le siége d'excroissances qu'il trouve très-analogues aux condylomes vénériens. Suivant cet auteur, une première apparition du mal rend ceux qui en sont atteints impropres à une seconde manifestation.

Le sibbens se transmet aussi par hérédité. Les médicaments les plus usités sont la salsepareille, le gaïac, le daphné mezereum ; mais le plus certain est le mercure sous forme de sublimé, dans l'administration duquel il faut persévérer deux ou trois mois après la disparition des symptômes.

Mal de la baie de Saint-Paul (*mal anglais*, *gros mal*, *vilain mal*). — Endémique au Canada, depuis la fin du dernier siècle, la maladie se transmet non-seulement par le contact immédiat, mais par l'intermédiaire du linge, des vêtements, etc. Elle paraît plus contagieuse dans les deuxième et troisième périodes que dans la première.

De petites pustules rougeâtres apparaissent au début, soit dans l'intérieur de la bouche, soit plus rarement sur les organes génitaux ; puis surviennent des engorgements glandulaires de la nuque, du cou, des aisselles, des aines, qui suppurent ou qui sont durs et indolents; puis des éruptions cutanées par poussées successives ; enfin des tophus, des ulcérations obstinées, des caries, des mutilations profondes, etc.

La sabine, la salsepareille, la bardane, et surtout le mercure, sont les moyens thérapeutiques des plus efficaces.

Radezyge. — Cette maladie apparut pour la première fois au commencement du dernier siècle dans les contrées scandinaves.

Voici ses caractères d'après le professeur Sorensen : maux de tête, douleurs dans les membres, surtout pendant la nuit, éruption herpétique au front, à la poitrine, sur les épaules, sur les bras ; inflammation légère de la gorge ; il survient sur le visage des plaies qui peu à peu deviennent plus profondes, et des tubercules qui s'enflamment et suppurent.

L'inflammation de la gorge augmente ; il se produit des ulcérations du pharynx, des caries du palais, du nez, des exostoses et des tophus. Aux parties génitales apparaissent des condylomes et des excroissances qui s'étendent jusqu'aux cuisses.

La maladie se communique par la salive, la sueur, le pus, par l'entremise de couteaux, de cuillers, d'habits, etc.

Le mercure est le plus important des remèdes.

Ce mal semble aujourd'hui avoir abandonné les contrées qu'il avait envahies.

Facaldina.—Mal décrit par Ozanam, importé par contagion en 1786 à Facaldo, village de la province de Bellune, près du Tyrol, et qui se rapproche beaucoup du suivant.

Skerljevo ou mal de Fiume. — Cette maladie a paru au commencement de ce siècle à Skerljevo, sur l'Adriatique. Point de phénomène primitif; dès l'abord, éruptions papuleuses, pustuleuses, squameuses. Cependant il est question d'ulcérations aux parties génitales plutôt chez les femmes que chez les hommes. Douleurs ostéocopes et articulaires, à exacerbation nocturne, puis dysphonie et dysphagie, ulcérations de la gorge et du pa-

lais, carie de ce dernier et du nez. — Sur les éruptions dont nous avons parlé s'élèvent des excroissances framboisées auxquelles succèdent des ulcères rongeants et serpigineux, des caries osseuses, des pertes de substance, d'où des déformations hideuses, etc.

Ce mal se gagne par *toutes sortes de contact;* il dure plusieurs années; il n'est pas mortel et on peut en guérir spontanément. Le mercure et particulièrement le sublimé sont le plus souvent indispensables.

Cette endémie tend à disparaître, après avoir fait d'affreux ravages dans les provinces de Fiume, de Buccari, de Viccodol et de Fucini.

C'est sans doute encore le facaldina, ou le skerljevo, ou le sibbens qui, en Moravie et en France, ont été décrits sous les noms de *maladie de Brunn* (1578), et de *mal de Chavanne-lure* (1829).

Sans parler du mal d'Amboyne, du mal du Soudan, du bouton d'Alep, etc., etc., sur lesquels on n'a que des renseignements incomplets qui ne permettent pas de les rattacher avec certitude à la syphilis, M. Davasse termine par quelques mots sur la *lèpre kabyle* et le *mal framboisé* des Chinois. La définition de la syphilis des kabyles est presque *trait pour trait* celle du skerljevo, et le mal des Chinois, *yang-mey-tchong*, ulcère en forme de framboise, rappelle la même forme que nous venons de rencontrer sous diverses latitudes.

Ces diverses endémo-épidémies ont donc pour caractères communs: la possibilité d'un début d'emblée par les phénomènes généraux, une affection cutanée presque unique, spéciale, distincte de nos syphilides, qui domine la scène et qu'on a prise pour une affection de la peau, un caractère de gravité plus frappant, un pou-



voir contagieux bien moins limité, plus dangereux, plus durable et le plus souvent étranger au commerce vénérien, ce qui a fait donner à quelques-unes de ces dernières le nom si juste de *syphilis insontium*.

XI

Après cette exposition si fidèlement et si complétement analytique de son sujet, M. Davasse en reconstitue la synthèse et démontre victorieusement l'*unité* de la syphilis et la diversité de ses *formes*. Nous ne le suivrons pas dans cette troisième partie, où il repasse en revue, au contact des faits et sous le contrôle d'une discussion sévère, les caractères du chancre, ses attributs essentiels et objectifs; l'incubation, l'extinction sur place, l'induration, le bubon, l'inoculation sur le sujet, les caractères de la contagion, la transmission du chancre dans sa variété, la transmission de la syphilis dans sa forme, la forme bénigne transmettant la forme confirmée, la forme confirmée transmettant la forme bénigne, la syphilis simple et la syphilis confirmée provenant d'une source unique, les caractères de l'hybridité, le chancre mixte ou *mulet*, la question de l'inoculation de la syphilis aux animaux, celle de l'ancienneté historique de la maladie; puis il donne une vue générale de la syphilis, et il conclut en rappelant « le caractère véritablement philosophique de l'espèce, celui de la commune génération, c'est-à dire l'échange possible de la transmission réciproque des formes... Nous avons donc, dit l'auteur, résumant ainsi son œuvre et sa pensée, combattu les prétentions qui ont pour but de désagréger cette merveilleuse unité. Mais en même temps, nous ne saurions trop hautement reconnaître l'importance des travaux récents qui ont éclairé singulièrement les différences séméiotiques des formes de la syphilis. Considé-

rant, avec Tessier, cette grande maladie (ainsi que la scrofule, la goutte, etc.), plutôt comme un *genre* que comme une espèce propre, à cause de la diversité de ses types et de l'ensemble de ses affections, il ajoute : « Chacune de ses formes, chacune des périodes de la syphilis confirmée, chaque lésion tertiaire prend les proportions *relatives* d'une maladie, et c'est ce qui légitime jusqu'à un certain degré les prétentions des dualistes et leurs résultats acquis ;... mais notre point de vue seul embrasse... le double hémisphère du problème controversé. »

XII

Enfin, en terminant, M. Davasse s'élève, dans les lignes suivantes, à des considérations que ne semblait pas comporter son sujet, mais qui sont aussi belles que justes, et parfaitement à leur place. Il est, en effet, des esprits et des doctrines qui élèvent, éclairent, ennoblissent tous les sujets, même les plus rebelles en apparence à leur vivifiant contact.

« Dans ces tableaux où nous avons vu partout les traces des décrets immuables qui régissent les choses de la nature, admirons, en terminant, les voies de la Providence et sa sagesse jusque dans nos châtiments. L'ordre subsiste toujours dans les plans de l'Ouvrier divin, même dans le désordre apparent qui vient parfois troubler l'harmonie naturelle, et les phénomènes de dégradation et de mort reconnaissent, non moins que ceux de formation et de conservation organiques, des lois distinctes et spéciales. « L'Être suprême, a dit Sydenham, ne s'est pas assujetti à des lois moins certaines, en produisant les maladies,... qu'en créant les plantes et les animaux. » Nous avons retrouvé à chaque pas, dans ces lois tutélaires, la justification de cette pen-

sée par laquelle Gabriel Fallope entre en matière dans son immortel ouvrage : « *Hoc est perpetuum et æternum dogma, quod propter peccatum advenit mors et propter errorum pœna;* » pensée que le savant Astruc a placée au frontispice de son livre, et que nous aimons à reproduire à la fin de notre travail : « Je ne désapprouve point le sentiment de ceux qui sont persuadés que c'est par la Providence divine que le mal vénérien a paru sur terre, pour être un frein à l'impudicité sans bornes des hommes, ou pour lui servir comme de fléau; et je crois que Cicéron a raison de dire, quoique dans une autre matière : « que c'est par un décret bien avantageux pour les hommes que le crime porte avec lui-même sa punition. »

S'il y a des gens qui trouvent que c'est là de la *médecine métaphysique ou mystique*, nons dirons avec le Dante : « *Laissons-les et passons.* » C'est sous l'inspiration de pareilles doctrines que notre ami a pu faire un livre non moins remarquable par l'élévation des pensées, la force du raisonnement, la sûreté de la méthode, que par la précision, la richesse, l'exactitude des détails; résumer à la fois la tradition et le progrès; rester fidèle également à la plus rigoureuse observation et aux plus sévères lois de la dialectique, sans perdre de vue, en un pareil sujet, les vérités les plus élevées, et sans se priver des clartés qu'elles répandent jusque dans les régions les plus sombres et les plus déshéritées de la science.

Encore quelques répliques en action comme celle-ci, comme d'autres travaux, fruits de la même école, et ses détracteurs n'auront plus le courage de lui jeter la pierre.

ALPH. MILCENT.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES EMBOLIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA DIATHÈSE PURULENTE

— SUITE (1) —

DEUXIÈME PARTIE

I

Dans la première partie de ce mémoire il a été traité des embolies et des conditions anatomiques et pathologiques qui prédisposent à ces accidents. Après avoir constaté que les éléments les plus divers peuvent contribuer à la formation des masses solides capables d'être entraînées dans le torrent circulatoire, nous nous sommes appliqué avant tout à étudier les embolies résultant des oblitérations vasculaires, et entre ces dernières celles qui proviennent des concrétions sanguines dans les veines.

Ne l'oublions pas, les oblitérations veineuses ne sont pas seulement les plus fréquentes, ce sont celles sur lesquelles on a institué toutes les théories dérivées des embolies; car, il le faut bien dire, dans la pensée de Virchow, le principal promoteur de ces études, de forts préjugés théoriques se sont imposés. On croit suivre la lente investigation d'une question d'anatomie pathologique pure; à chaque instant les desseins particuliers de l'auteur se font sentir, et le lecteur s'aperçoit que l'observation des faits leur est subordonnée.

On a cherché quelles peuvent être les modifications

(1) Voir *l'Art médical*, février et mars 1865.

générales de la composition du sang qui prédisposent à la formation des concrétions dans les veines. En dehors des prédispositions pathologiques, il n'a rien été découvert de satisfaisant. Les variations dans les proportions de la fibrine en deçà et au delà du chiffre normal sont fréquentes, elles ne paraissent jouer aucun rôle eu égard à cette tendance à la coagulation qui dispose la fibrine à cet état particulier en vertu duquel elle se précipite dans les vaisseaux qu'elle parcourt. Le terme d'*inopexie* ne veut pas dire autre chose, si ce n'est une tendance à la coagulation.

En définitive, c'est dans les états anémiques qui terminent les cachexies ultimes des maladies constitutionnelles ou des pyrexies de long cours qu'il faut chercher les premières lumières qui doivent nous guider dans l'étude de ce sujet. L'*inopexie* ne relève en rien de la physiologie, c'est une lésion du sang commune à plusieurs maladies. La question serait plutôt de savoir si chaque espèce morbide imprime aux concrétions sanguines des caractères particuliers dans leur mode de formation et dans leurs évolutions.

N'insistons pas plus qu'il ne faut sur ces préliminaires. Considérons tout d'abord que c'est à l'état de thromboses toutes formées que les concrétions veineuses incombent à l'observation du médecin. Une ou plusieurs veines déjà sont oblitérées, tout un travail pathologique est en voie de s'accomplir : il ne porte pas seulement sur le sang qui subit un arrêt, la lumière du vaisseau est interceptée dans un trajet plus ou moins long, la membrane interne de la veine est altérée; les deux tuniques, le tissu cellulaire ambiant y prennent part.

Le scrofule, les diathèses tuberculeuses et cancéreuses, les fièvres graves, l'albuminurie, certains états diphthéritiques sont les maladies où l'on trouve des throm-

boses parmi les altérations anatomiques, mais c'est dans la diathèse purulente que cette lésion se présente avec le plus de fréquence. Nous verrons qu'elle y est constatée à toutes les périodes et dans toutes les formes de la maladie.

Avant que d'aborder l'étude spéciale des thromboses et des embolies dans la diathèse purulente, jetons un coup d'œil rapide sur l'histoire de cette lésion dans les autres maladies; cette vue d'ensemble est nécessaire pour apprécier les aspects nombreux qu'elle peut revêtir. Il en doit ressortir d'ailleurs des distinctions seméiotiques utiles à l'objet particulier de ce travail.

Ces différences ne seront pas toujours faciles à établir; car, ne le perdons pas de vue, il s'agit d'un phénomène cachectique. Dans toutes les maladies, quelles qu'elles soient, alors qu'elles parviennent à une certaine période suprême, il se produit une altération générale de l'organisme qui les rapproche toutes dans un caractère d'analogie. Sans doute les différences spécifiques propres à chaque espèce morbide sont toujours sensibles, mais elles s'expriment à cette heure dans un ensemble de phénomènes qui deviennent communs à plusieurs maladies; c'est à l'un de ces moments que se produisent l'inopexie, et par voie immédiate de conséquence les thromboses veineuses.

Il ne faudrait pas nous faire dire que l'apparition d'une thrombose est un signe nécessairement mortel, il en est de guérissables et relativement inoffensives; mais, dans la généralité des cas, l'apparition des thromboses est un signe fâcheux.

II

A certains moments d'évolution, la diathèse tuberculeuse sous toutes les formes engendre des thromboses.

Dans les périodes ultimes de la phthisie, vous voyez des veines superficielles s'oblitérer, se remplir de concrétions en tout ou en partie. Ce signe se présente avant tout dans les parties déclives des membres, surtout des membres inférieurs, aux endroits qui subissent, par le fait du décubitus ou de toute autre position forcée, une pression plus ou moins habituelle et prolongée. C'est aux mollets, c'est aux molléoles, c'est sous les bras près du coude, c'est au siége que se voient le plus souvent ces petites thromboses dispersées sous la peau, dont le derme est plus ou moins infiltré et phlogosé. Le sang s'y trouve coagulé en gelée de groseille, quelquefois réduit à l'état de dépôt fibrineux. La transformation pyoïde est rare, mais pas absolument introuvable, dans ces thromboses superficielles.

A une période ordinairement moins avancée de la maladie, on constate plus volontiers les thromboses des grandes veines superficielles des membres, les basiliques, les saphènes; c'est déjà un signe cachectique, toutefois moins avancé que le précédent, l'œdème douloureux avec des abcès et des érysipèles peuvent s'organiser parfois autour de ces veines obstruées.

Mais la plus importante des oblitérations est sans contredit celle qui porte sur les veines profondes, les brachiales, les iliaques, la crurale; ce sont ces thromboses que l'école française a si bien décrites sous le nom de *phlébites.* Elles déterminent l'ensemble des phénomènes connus sous le nom de *phlegmatia alba dolens*, cette expression, qui a déjà engendré tant de confusion dans les affections puerpérales, et que, par un abus plus grand encore, on applique aujourd'hui aux œdèmes consécutifs de toutes les oblitérations veineuses. C'est par ces thromboses des veines profondes afférentes des veines caves que se produit le plus ordinairement l'acci-

dent de l'embolie. Nous voyons Virchow et ses commentateurs immédiats, Ball et Lemarchant entre autres, en rapporter plusieurs aux veines iliaques.

La fièvre hectique est par excellence le moteur de l'inopexie et de la formation des thromboses. Nous venons de le voir pour la phthisie et la tuberculisation. Il en est de même pour les conclusions des scrofules et du cancer. Les analogies dans le mode d'évolution sont extrêmes. Il y aurait cependant quelques différences séméiotiques à faire ressortir, sur lesquelles il faudrait insister dans les descriptions spéciales de chaque maladie : disons seulement que les thromboses des cancéreux sont moins disséminées que celles des tuberculeux et plus directement liées à la production des tumeurs autour desquelles d'ordinaire elles se groupent ; si bien que beaucoup d'auteurs sont tentés de les faire dépendre presque exclusivement de la pression mécanique exercée sur les vaisseaux par les masses du tissu diathésique.

Longtemps avant que l'étude des oblitérations veineuses fût à l'ordre du jour, les médecins tenaient grand compte de la présence des thromboses dans la peau qui recouvrait les tumeurs ou dans les régions voisines. Les chirurgiens en font état pour déterminer soit l'opportunité des opérations en elles-mêmes, soit la limite d'action qu'ils peuvent s'attribuer dans les tissus. Sous ce point de vue, la présence des thromboses exerce dans les déterminations du diagnostic et de la prognose une influence analogue à celle que détermine le degré d'induration des ganglions lymphatiques voisins. Ces remarques s'appliquent au développement des tumeurs scrofuleuses aussi bien qu'à celui des tissus du cancer. Pour ces phénomènes accessoires et secondaires, combien d'analogies entre les masses encéphaloïdes ou squirrheuses de toutes les régions et les tumeurs blan-

ches des articulations, les abcès froids, les tubercules des os, etc.

Mêmes phénomènes observés dans quelques cas graves ou singuliers de cachexie syphilitique. Ici ce sont des tumeurs encore qui sont le centre d'activité pathologique, avec cette différence que pour la syphilis il y a des chances heureuses de rétrocession.

Il ne faut que, pour mémoire, faire mention de l'albuminurie et de la leucocythémie, ces affections n'étant pour l'ordinaire que des formes particulières de la scrofule parvenue à l'état cachectique; sauf quelques modifications fortuites et de peu d'importance, les oblitérations veineuses ne s'y expriment pas autrement que dans la généralité des cas de scrofule.

III

Les cachexies des maladies chroniques, diathésiques ou constitutionnelles n'ont pas seules le privilége de produire l'inopexie. Les maladies aiguës voient aussi se produire à leur suite cette modification subite des qualités du sang, en vertu de laquelle des phénomènes de plasticité et de coagulation apparaissent dans un moment où une sorte de dépression générale dans l'économie semblerait devoir conclure à l'anémie progressive ou à une dissolution immédiate du sang.

Quand elles ont affecté une forme grave, plusieurs maladies aiguës sont parfois comptables d'accidents consécutifs sérieux. Au bout de quelques semaines, après le rhumatisme, après certaines pleurésies, après la fièvre typhoïde surtout; après quelques jours à la suite du croup, de l'angine couenneuse, de certaines pneumonies, survient parfois une altération générale rapide de l'organisme, que l'on ne peut qu'assimiler à une cachexie, parce qu'elle en réalise d'emblée tous les caractères. Ces

transitions brusques, ces modalités incohérentes affectées par le mouvement morbide sont à bon droit redoutées des médecins. C'est le moment des surprises pénibles, c'est alors que l'on voit apparaître les paralysies consécutives de la diphthérie et d'autres maladies aiguës. C'est aussi l'heure des concrétions veineuses; nos anciens maîtres appelaient ces rapides changements des métaptoses. Les modernes insinuent qu'il se produit une altération spéciale du sang, mais quelle est-elle? on ne sait. Nul encore ne l'a divulguée.

Le terme inopexie exprime une tendance, pas autre chose. La réalité objective de ce moment singulier, on n'a pas pu la saisir, et ce phénomène de la coagulation du sang, à une période où l'organisme tombe en déliquescence demeure encore une fois jusqu'à ce jour inexpliqué. M. Andral et d'autres après lui ont bien signalé des poussées inflammatoires ou sub-inflammatoires intercurrentes dans des états non phlegmasiques, tels que la fièvre typhoïde, le scorbut et d'autres : rien de pareil au moment de l'inopexie. C'est en pleine débilité cachectique que la coagulation a lieu. Il ne faudrait pas confondre avec elle quelques traces accessoires et passagères d'inflammation qui paraissent quelquefois autour des veines oblitérées dans le tissu cellulaire. La circulation générale ou plutôt le liquide sanguin conserve tous ses caractères cachectiques, tandis qu'à la périphérie et dans des localisations multiples se produisent les phénomènes d'inopexie.

A la suite des maladies aiguës, ce ne sont pas les petites thromboses superficielles que l'on observe, ce sont plutôt des oblitérations des veines afférentes à la veine cave, le plus ordinairement la crurale ou l'une de ses proches. Les symptômes concommitants de l'œdème si prononcé dans la *phlegmatia alba* de la phthisie, du cancer ou de

la diathèse purulente sont souvent peu apparents, même nuls dans les thromboses, à la fin des fièvres typhoïdes, car le plus ordinaire est qu'à l'avance on ne se doute de rien. Les caillots étant médiocrement organisés, les accidents emboliques sont aussi inattendus que possible. Ces cas de mort instantanée, jusqu'à la découverte des migrations emboliques, étaient attribués à des syncopes soudaines.

Nous arrivons au cœur de notre sujet, à l'étude des thromboses et des embolies dans la diathèse purulente.

IV

La diathèse purulente est la maladie type pour étudier les thromboses, les concrétions sanguines, les oblitérations veineuses sous toutes leurs formes, à tous les moments de leur durée. Dans les maladies précédentes nous voyons l'inopexie et les thromboses survenir comme épiphénomène ultime, comme caractère cachectique. Ici les thromboses interviennent à toutes les périodes de la maladie, souvent même elles sont la lésion initiale, la première manifestation objective, comme il peut arriver dans la diathèse purulente spontanée ou celle qui survient à la suite d'une saignée ou d'une piqûre anatomique.

Ce n'est pas à dire que les thromboses soient une lésion indispensable, nécessaire, caractéristique, dans tous les cas de diathèse purulente; en d'autres termes, qu'il ne saurait y avoir de diathèse purulente sans thrombose ou plutôt sans phlébite. Cette pensée n'est point la nôtre, on le sait; elle a été, elle est encore peut-être celle de plusieurs auteurs contemporains; mais il faut reconnaître qu'elle a été fondée sur un préjugé théorique, que l'observation des faits n'a point confirmé.

D'après les données les plus probables, la phlébite ne se produirait dans la diathèse purulente que dans une proportion variable entre le tiers et la moitié des cas. Ce n'est pas assez sans doute pour constituer, ainsi que l'on a voulu le faire, une cause instrumentale nécessaire, une cause motrice, laquelle mettrait en évolution tous les phénomènes de la maladie. Nous ne croyons pas à ces causes instrumentales si fort préconisées par la médecine positiviste, mais ce nombre est suffisant pour légitimer la part d'attention que nous croyons devoir accorder à cette lésion.

Pour procéder avec méthode, nous allons décrire la thrombose dans la diathèse purulente d'une manière générale, nous apprécierons ensuite dans chaque forme de la maladie les modifications particulières que subit la lésion dans sa marche, dans ses manifestations objectives, enfin dans sa distribution topographique.

L'appréciation de toutes ces nuances est nécessaire. La marche de la diathèse purulente est souvent fort rapide ; il n'y a pas de maladie, sauf peut-être le choléra, où l'on voie se produire plus rapidement le phénomène de la colliquation et l'excès de l'amaigrissement. En peu de jours, ces maladies réalisent tous les caractères d'un état chronique. Cette rapidité, ces temps pressés dans la manifestation des troubles fonctionnels, se traduisent dans la production des lésions. Il arrive que l'on trouve la même lésion, nos thromboses en particulier, à des degrés fort divers d'évolution.

Quelques remarques préalables. En étudiant la thrombose comme lésion, en présence d'une maladie essentielle nettement définie et circonscrite dans ses caractères comme la diathèse purulente, on sent immédiatement les inconvénients de cette méthode qui consiste à isoler une lésion de l'ensemble pathologique dont elle relève,

pour l'étudier à part comme un objet de curiosité spécial, en vue d'un incident qui a sa valeur sans doute, mais qu'il faut savoir placer en son ordre hiérarchique.

A des degrés divers, l'école allemande de Virchow et l'école française sont passibles de ce reproche, à propos des thromboses : Virchow, pour avoir étudié les oblitérations veineuses théoriquement, uniquement au point de vue de l'incident de l'embolie ; l'école française, représentée surtout par Dance et Cruveilhier, pour avoir fait converger ses investigations vers la démonstration chimérique du passage du pus d'une veine enflammée dans le torrent circulatoire.

Dans la première partie de ce travail, il a été rendu hommage aux mérites si réels du travail de Virchow. Peu satisfait, et à juste titre, des préjugés théoriques de Dance et de Cruveilhier, il s'est efforcé d'établir la description des phénomènes dans un milieu plus conforme à la réalité des faits.

Dance établissait le pus à l'avance dans le vaisseau avant tout autre phénomène. Mieux inspiré, Cruveilhier tout d'abord reconnaissait comme phénomène initial la formation d'un caillot, puis il transformait la tunique interne de la veine en un organe de secrétion pour le pus. L'auteur fait arriver le pus par voie de capillarité au centre du caillot où il se rassemble en collection. On sait que, dès l'abord, Cruveilhier fut si surpris de rencontrer un caillot dans le vaisseau au début de toute inflammation veineuse, qu'il généralisa le fait en théorie. C'est ainsi qu'il fut amené à penser que le phénomène initial de tout processus inflammatoire était une phlébite capillaire.

Virchow avec raison s'insurge contre ces théories. Il les trouve trop mystiques. Dirigé par l'esprit critique le plus sagace, il les récuse. Sa réfutation, à nos yeux,

n'a qu'un seul tort, celui d'affecter d'ignorer qu'elle a été faite avant lui et dans les mêmes termes par Tessier, de Paris. La réfutation de Tessier, au mérite d'être la première en date et d'avoir devancé de dix ans celle du professeur de Berlin, ajoute celui d'être une critique établie sur le terrain propre de la maladie qui a donné lieu au conflit. Avec Tessier (1), on sait pourquoi l'on combat, tandis que Virchow transporte son lecteur dans le nuage d'une physiologie pathologique transcendante, qui affecte par système de ne vouloir interpréter aucun état morbide défini. Cette continuelle confusion entre la physiologie et la pathologie, entre la santé et la maladie, est assurément peu propice pour engendrer la clarté.

Sa critique achevée, Virchow reprend le sujet par la base : il le renouvelle. Laissant de côté toute théorie sur l'inflammation, s'en tenant aux phénomènes apparents, c'est-à-dire à la coagulation du sang et aux transformations successives du caillot, ne voulant pas préjuger, il délaisse les anciennes expressions de *phlébite* et *d'artérite*. Il caractérise du nom de thrombose cette coagulation du sang en lieu et place. Il part de là, non comme on pourrait s'y attendre, pour suivre la lésion de la thrombose qu'il vient de décrire sur le terrain propre de chaque maladie. L'auteur a un but déterminé à l'avance, l'explication des embolies.

Cette vue restreinte communique au travail de Virchow un caractère systématique et étroit. Il entre dans une série de déductions si rigoureuses qu'involontairement on se sent pris de défiance. Toutefois ces réserves ne doivent diminuer en rien l'estime particulière

(1) Dans le journal *l'Expérience*, Paris, 1838. Cet important travail est cité par tous les auteurs qui ont traité de la pyohémie et de l'infection purulente.



que l'on doit faire de l'étude de Virchow sur les transformations plastiques du caillot. Il suit, nous l'avons vu, sa formation dès l'origine des métamorphoses successives qu'il subit sous une double influence, l'une externe, l'autre interne, qui préside au travail régressif. L'interprétation de ce travail régressif est destinée à fournir l'explication de la formation des embolies, c'est-à-dire des fractures qui se peuvent produire dans les portions du caillot obturateur qui se prolongent de l'orifice d'une veine oblitérée par stratifications successives dans une veine saine, où le flot sanguin jouit de toute l'intensité physiologique de son action. Ces fragments qui se détachent en certaines circonstances toujours rares sont la grande affaire de Virchow. Il a rêvé pour eux des destinées non moins ambitieuses que compliquées. Nous discuterons ces théories à part dans une dernière partie de ce travail; elles en valent la peine, car la richesse d'imagination de l'auteur greffe sur des faits authentiques et bien observés d'étranges corollaires. Pour le moment, nous n'avons garde d'oublier que nous étudions ici un point spécial de l'anatomie pathologique de la diathèse purulente. Abandonnons le caillot migrateur pour nous arrêter quelques instants encore sur le travail régressif des caillots. Virchow n'a eu nullement en vue dans cette étude la diathèse purulente. Cette circonstance doit être pour nous un motif déterminant pour en faire notre profit.

Tous les observateurs sérieux demeurent d'accord sur la constitution initiale de la thrombose. C'est Virchow qui a inventé le terme; mais Dance et Cruveilhier ont exprimé le même fait: oblitération initiale d'une veine par un caillot de sang coagulé. Tessier pose la même affirmation dans son mémoire déjà cité sur la diathèse purulente. Les trois écoles demeurent d'accord sur le

fait subséquent. Une métamorphose se produit au centre de ce caillot. Ici les divergences dans les sentiments se trahissent touchant la nature du produit pathologique constaté au centre du caillot et touchant le mode de formation de ce nouveau produit.

L'école française entière part de l'idée d'une phlébite : Tessier, aussi bien que Dance, Cruveilhier, Velpeau et Blandin ; tous s'accordent à dire que c'est du pus qui se produit au centre du caillot dont les deux extrémités demeurent closes. Tessier, dans une description aussi complète que consciencieuse de ces phénomènes, conclut à la transformation du caillot en pus par la voie ordinaire de la formation des abcès ou autres collections purulentes. Une atmosphère phlegmoneuse se constitue sur le trajet d'une veine. Une série de phénomènes bien connus s'établit ; c'est du centre du caillot à la circonférence que marche la suppuration. Elle peut se limiter à l'intérieur du caillot et de la veine comme elle peut aussi intéresser à son évolution les tissus ambiants. Toutes les couches de tissus entrent successivement dans l'atmosphère phlegmoneuse ; ils sont transformés ou détruits. Le caillot intra-veineux est le point de départ de la collection purulente qui arrive jusqu'à la peau. Nous admettons bien que les choses se passent de la sorte quand le canal médullaire d'un os est le point de départ ; nous n'exigeons pas alors que l'inflammation se propage suivant la longueur de l'os. Pourquoi serions-nous plus difficiles pour une veine? Mais ce n'est pas ici le lieu de décrire en détail tous ces aspects de l'inflammation veineuse.

Ceci, c'est la phlébite suppurée. Mais toutes les thromboses dans la diathèse purulente ne concluent pas fatalement à cette terminaison par la suppuration légitime.

Il en est une catégorie nombreuse qui n'y parvient jamais, et c'est sur cette dernière catégorie que se sont exercées surtout les patientes recherches de Virchow. Dans ces thromboses qui ne suppurent pas, le caillot ne demeure pas plus stationnaire que chez les précédentes. Les veines immobilisées par l'inopexie et frappées de thrombose demeurent occluses à leurs deux extrémités, mais au centre le caillot, au lieu de se transformer en véritable pus, se décompose en un liquide qui n'a du pus que les apparences. Virchow l'a nommé liquide pyoïde. C'est au moyen du microscope qu'il a constaté les caractères de cette substance puriforme qui ne réalise aucun des caractères de la véritable suppuration. Cette partie du travail de Virchow est la plus importante, elle porte le cachet d'originalité. La science est d'autant plus autorisée à en faire son profit qu'elle vérifie et confirme plusieurs inductions antérieures. Tessier, dans son Mémoire, avait déjà entrevu, sans le secours du microscope, la nature particulière du liquide pyoïde. En décrivant les lésions des veines, il dit qu'après avoir incisé les parois de ces canaux enflammés, on trouve leur cavité remplie, soit par du sang coagulé, soit par du pus, soit par une substance jaunâtre semiliquide, pulpeuse, qui ne ressemble ni au pus ni à la lymphe plastique.

ÉDOUARD DUFRESNE,
de Genève.

— La suite au prochain numéro. —

CAUSERIES CLINIQUES

DU TRAITEMENT MÉDICAL DU STRABISME

SUITE (1)

INDICATIONS DIFFÉRENTIELLES DE ONZE MÉDICAMENTS CONTRE LE STRABISME.

Alumina.

A le présumer d'après sa pathogénésie, ce remède serait indiqué particulièrement chez les malades atteints de scrofule, de la maladie hémorrhoïdaire, de rhumatisme, de spermatorrhée, d'affections convulsives, surtout quand existent les symptômes suivants :

Strabisme des deux yeux (de quels muscles?).

Convulsion des paupières; chute, paralysie de la paupière supérieure.

Ophthalmie, blépharite scrofuleuses; chute des cils.

Lippitude, fréquents orgelots.

Photophobie, amblyopie; le malade voit les objets *jaunes*.

Cina, *spigelia*, *cyclamen*.

Ces trois remèdes sont justement considérés comme des vermifuges par la tradition médicale; ils sont par conséquent indiqués contre le strabisme symptomatique de la maladie vermineuse. En pareil cas, il faudra préférer celui d'entre eux qui a les symptômes pathogénétiques le plus analogues avec les symptômes morbides du malade à traiter.

Cina et *spigelia*, les plus polychestes de ces trois remèdes, doivent être administrés :

Cina, quand il y a prédominance des symptômes con-

(1) Voy. *Art médical*, janvier, février et mars 1865.

vulsifs et que l'on constate, parmi les phénomènes commémoratifs ou concomitants, l'épilepsie vermineuse, l'éclampsie, la coqueluche, l'asthme pulmonaire, ou l'onanisme ;

Spigelia, quand il y a prédominance des symptômes plutôt névralgiques que convulsifs et paralytiques, et que l'on observe, parmi les phénomènes commémoratifs ou concomitants, l'éclampsie, le traumatisme, les affections du cœur droit surtout, l'asthme cardiaque, le développements du sytème veineux et l'éréthisme nerveux qui l'accompagne, chez les femmes surtout.

Iodure de potassium. Aurum.

Chez les trois malades de M. le Dr Beyran, l'iodure de potassium a probablement guéri des périostoses syphilitiques, qui, placées sur le trajet du nerf oculo-moteur externe (sixième paire), comprimaient, paralysaient ce nerf et produisaient ainsi un strabisme convergent.

Sans doute, ce remède serait également efficace dans le cas de *strabisme en dehors et en bas*, produit par le même mécanisme : périostose syphilitique comprimant et paralysant le nerf oculo-moteur commun (sixième paire).

Contre ces deux variétés de strabisme syphilitique, on pourrait aussi employer *aurum*, qui réussit dans certaines affections osseuses syphilitiques vainement traitées par l'iodure de potassium.

Je profite de l'occasion pour faire sur ce dernier médicament des remarques posologiques d'une importance très-pratique.

L'iodure de potassium, qui est si souvent efficace dans la syphilis constitutionnelle, le serait alors plus fréquemment encore si on le donnait à toutes les doses. En effet, dans cette maladie on voit réussir les petites ou moyennes doses dans les cas où les fortes doses ont échoué, et

réciproquement. A titre d'exemple, je vais citer les deux faits suivants :

Chez un malade atteint d'ulcères syphilitiques tertiaires aux jambes, un de nos confrères avait prescrit sans succès pendant plusieurs mois l'iodure de potassium aux doses infinitésimales les plus variées. Il fit alors prendre le même remède à la dose de 5 ou 10 centigrammes, et son malade fut rapidement guéri dans l'espace de trois ou quatre semaines.

Un malade, atteint également d'ulcères tertiaires aux jambes, vient me consulter. A quatre reprises, et dans quatre pharmacies différentes, il avait pris sans succès de l'iodure de potassium aux doses classiques de 1, 2, 3 grammes. Je lui prescrivis le même remède à la dose de 5 centigrammes dissous dans trente cuillerées à bouche d'eau, qu'il prit en dix jours : une cuillerée le matin, à midi et le soir. Les ulcères tertiaires furent guéris en trois semaines.

Phosphore.

Dans ma monographie sur les *paralysies phosphoriques*, j'ai cité environ cinquante cas de paralysies musculaires guéries par le phosphore. Les deux observations précitées de M. le Dr Tavignot sont venues confirmer cette propriété de ce remède, même dans les paralysies des muscles moteurs de l'œil. Le phosphore me paraît donc doublement indiqué dans cette dernière affection, et, si on peut le présumer d'après le caractère pathogénétique de ce médicament, il le serait particulièrement dans les cas de spermatorrhée, priapisme, excès sexuels, surtout chez les hémorrhoïdaires, les scrofuleux, les goutteux, les herpétiques et les syphilitiques.

Hyoscyamus. Belladona. Stramonium. Tabacum.

Si l'on en juge d'après leurs actions électives sur le cerveau et la région oculaire, *belladona*, *stramonium* et *tabacum* pourraient être employés dans les cas de strabisme où aurait échoué *hyoscyamus*.

Ces quatre médicaments paraissent indiqués quand le strabisme est symptomatique ou consécutif à des affec-

tions cérébrales, à l'épilepsie, à l'éclampsie, à la chorée.

Stramonium et surtout *hyoscyamus* et *belladona* seraient employés particulièrement quand le strabisme est produit ou aggravé par la frayeur, certaines émotions concentriques, — peut-être l'appréhension, la timidité, si fréquentes chez les enfants.

Je rapporte ci-après les indications *différentielles* de ces quatre médicaments, en n'envisageant que leurs propriétés *électives* sur la région oculaire.

Belladona.

Strabisme en haut (muscle *droit supérieur*).

Strabisme en dehors (muscle *droit externe*).

L'œil gauche dirigé en haut (muscle *droit supérieur*), tandis que l'œil droit est dirigé en haut et en dehors (muscles *droit externe, droit supérieur*).

Exophthalmie (muscles *grand* et *petit oblique*).

Convulsions des paupières tendant surtout à produire leur écartement.

Pupilles contractées, puis dilatées, et enfin insensibles à la lumière.

Presbytie (les quatre muscles *droits?*).

Scotopsie, diplopie, berlue.

Amblyopie, amaurose, cécité.

Il voit les objets colorés de nuances très-diverses, très-caractérisées.

Hyoscyamus.

Strabisme en dedans (muscle *droit interne*).

Strabisme en haut (muscle *droit supérieur*).

Strabisme en haut et en dedans (muscles *droit interne* et *petit oblique*).

Myopie (muscles *grand* et *petit oblique?*).

Triplopie.

Très-forte congestion des yeux, qui sont brillants, hagards, étincelants, ou d'autres fois troubles, ternes. — Regard stupide, hébété.

Stramonium.

Strabisme dans toutes les directions (action élective sur tous les muscles *moteurs* de l'œil).

Chute de la paupière supérieure, qui semble produite par un spasme du muscle orbiculaire. Pupilles contractées, dilatées et enfin immobiles, comme paralysées.

Myopie, diplopie, berlue.

Hallucinations visuelles sur la couleur et la position des objets.

Photophobie, amblyopie, cécité.

Tabacum.

Strabisme en haut (muscle *droit supérieur*).

Les yeux sont profondément retirés dans leurs orbites (les quatre muscles *droits*).

Convulsions de l'une ou l'autre paupière, quelquefois seulement du muscle orbiculaire.

Pupilles contractées, dilatées, et enfin insensibles à la lumière.

Ophthalmie congestive oculaire et palpébrale.

Hallucinations de la vue, photophobie.

Amblyopie; cécité, quelquefois seulement passagère.

INSUCCÈS ET INDICATIONS DIVERSES DANS LES CAS DE STRABISME.

Après avoir lu la relation de ces douze cures de strabisme opérées par des médicaments, peut-être quelques médecins espéreront-ils guérir de la même manière à peu près tous les louches qu'ils rencontreront dans leur pratique. Pour les préserver de cette illusion, je vais, à titre d'enseignement, leur rapporter les résultats de mon expérience personnelle sous ce rapport.

Encouragé par la cure d'un strabisme datant de huit ans, je recherchais l'occasion de traiter des louches, d'autant plus que ceux-ci, ignorant les ressources de la matière médicale, s'adressent plutôt aux chirurgiens qu'aux médecins pour être guéris de leur infirmité.

Je pus traiter avec la persistance désirable quatre cas seulement de strabisme que j'observai chez

Une jeune fille de 9 ans,

Une jeune fille de 15 ans,

Une jeune fille de 10 ans,

Et un jeune garçon de 11 ans.

Je leur administrai, à diverses dilutions, *hyoscyamus*, *belladona*, *stramonium*, *alumina*. Peut-être eus-je le tort de ne pas leur prescrire ces remèdes en teinture mère ou aux préparations de Jenichen. Toujours est-il que je n'obtins aucun résultat. Je réussis du moins à me rendre à peu près compte de mes insuccès.

Chez la jeune fille de 10 ans, il existait probablement une sorte d'hérédité, car sa mère avait ce qu'on appelle vulgairement un *faux trait* dans les yeux.

Chez le jeune garçon de 11 ans, dont le strabisme avait momentanément cessé pendant la durée seulement d'une fièvre typhoïde (20 à 30 jours), j'espérais davantage obtenir une guérison de son infirmité que j'attribuais à une contracture d'un muscle moteur de l'œil. Je regrette vivement de n'avoir pas prescrit à cet enfant la teinture mère de *hyoscyamus*, *belladona*, *stramonium* et *tabacum* employés successivement.

A part ceux qui précèdent, je n'eus aucun renseignement commémoratif bien précis sur ces quatre malades. Leur strabisme était-il acquis ou congénital? En tout cas, leurs yeux ne louchaient ni plus ni moins une fois que l'autre, et ils n'étaient jamais agités de mouvements *cloniques*. Je présumais, dès lors, que le strabisme était ici produit par un raccourcissement *primitivement* organique ou par un raccourcissement musculaire *devenu* organique à la suite d'une contracture trop prolongée.

En réfléchissant sur ces cinq cas de strabisme que j'eus à traiter, je suis porté à conclure que :

Ne sont curables par les médicaments que les strabismes produits par la convulsion *clonique* des muscles moteurs de l'œil ou par la convulsion *tonique* des

mêmes muscles, si cette dernière n'a pas persisté trop longtemps.

En outre, sont également curables par les remèdes les strabismes produits par la paralysie des muscles moteurs de l'œil, comme le prouvent les cas de ce genre guéris par le phosphore et l'iodure de potassium.

Quand les médicaments n'ont eu aucune action sur le strabisme, il faut exercer méthodiquement le muscle affecté de l'œil afin de le modifier dans le sens voulu. On peut alors utiliser les différents procédés imaginés dans ce but.

Si tous ces moyens échouaient et que le strabisme ne nuisît pas à la vision, on laisserait agir le temps, qui guérit peu à peu tant d'enfants louches, grâce aux modifications et au développement de l'organisme amenés par l'évolution des âges.

En pareil cas, on ne devrait recourir à la chirurgie qu'après avoir essayé les remèdes, l'exercice méthodique du muscle affecté, l'action du temps, et lorsque la vision est gênée, altérée par le strabisme. Car l'opération, au lieu d'atténuer ou de guérir cette infirmité, l'aggrave parfois d'une façon irremédiable.

En effet, si le chirurgien a sectionné la portion suffisante du muscle affecté, le strabisme disparaît, il est vrai. Mais si la section n'est pas suffisante, le strabisme persiste entièrement ou en partie. Si la section est trop considérable, l'ancien strabisme est remplacé par un nouveau strabisme. Ainsi, par exemple, Hippolyte Flandrin ayant tenté l'opération pour se guérir d'un strabisme interne, le chirurgien, probablement, coupa à peu près tout le muscle *droit interne*, car il survint immédiatement un strabisme externe pire que le premier, puisqu'il était accompagné de diplopie. Aussi le

célèbre peintre était-il obligé de s'appliquer un bandeau sur un œil quand il voulait travailler.

Dans certains cas où l'intervention de la chirurgie a peu ou pas modifié le strabisme, celui-ci ne peut plus guérir par les progrès de l'âge; car, après l'opération, il se forme un tissu cicatriciel qui diminue la contractilité du muscle et parfois imprime à l'œil une fixité disgracieuse.

En exposant le traitement médical du strabisme, j'ai tenu, contre la coutume, à raconter succès et insuccès, parce que les uns et les autres concourent à éclairer le diagnostic et le prognostic, et nous aident à préciser les indications thérapeutiques. Il est fâcheux qu'on n'agisse pas de même en général; car, on l'a dit bien justement, « confesser une erreur, c'est en éviter bien d'autres; et la pratique médicale serait beaucoup moins fertile en déceptions, si les auteurs qui publient leurs succès nous informaient aussi de leurs revers. »

Les médecins qui préconisent la thérapeutique homœopathique comme préférable aux médications classiques doivent, bien mieux que leurs confrères de l'ancienne école, étaler leurs revers comme leurs succès. Ce leur sera une nouvelle manière de se montrer supérieurs, en rendant ainsi témoignage à la vérité scientifique et à l'honnêteté professionnelle.

Cependant, en avançant que, sur cinq cas de strabisme médicalement traités, je n'en ai guéri qu'un seul, je n'ai pas l'intention de décourager médecins et malades. Je veux seulement les préserver d'espérances illusoires en pareil cas. Aussi je n'engage pas moins vivement mes confrères à tenter, pour la cure du strabisme, l'essai des remèdes indiqués plus haut, qui ont souvent les avantages de l'opération chirurgicale sans en avoir les inconvénients ni les dangers.

En résumé, je crois que dans le traitement du strabisme comme dans le traitement de beaucoup de maladies aiguës ou chroniques, il faut souvent — dans son for intérieur — espérer contre tout espoir. On y sera incité en se rappelant ces malades abandonnés par des médecins mal avisés et pourtant guéris par les seules forces de la nature. Or, est-ce que beaucoup d'autres malades également déclarés incurables n'auraient pas aussi guéri, si les secours de l'art étaient venus en aide à la nature médicatrice?...

Les médecins qui sont appelés à traiter à l'aide des puissantes ressources de la thérapeutique homœopathique un si grand nombre d'états morbides réputés incurables, ces médecins devraient alors toujours se rappeler les judicieux conseils que donnait Hufeland à propos des maladies aiguës les plus graves. Et je ne saurais mieux terminer ce travail qu'en reproduisant ici même les propres paroles de l'illustre professeur allemand.

« Bien souvent, dit Hufeland, notre vue est trop courte pour qu'on puisse toujours affirmer, avec certitude, de ne point se tromper et qu'il n'y a plus chance de guérison. Je regarde même comme une règle importante de ne jamais perdre l'espoir ni le courage. L'espérance suggère des idées, ouvre de nouvelles voies à l'esprit, et peut même rendre possible ce qui semblait ne point l'être. Celui qui n'espère plus cesse de penser, il tombe dans l'apathie, et le malade doit nécessairement périr, puisque, chez le praticien qui le traite, le médecin est déjà mort. »

Dr GALLAVARDIN,
de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'IODURE DE POTASSIUM, PRIS PENDANT LA GROSSESSE, COMME MOYEN D'ARRÊTER LE DÉVELOPPEMENT DU FOETUS DANS LES CAS DE DÉVIATIONS PELVIENNES.

OBSERVATION (1).

Mme M....., âgé de 28 ans, d'une constitution délicate, a eu trois grossesses successives, dont les deux premières se sont terminées par deux accouchements naturels et à terme, qui ne présentaient de particulier qu'un travail assez long, par suite du peu d'intensité des contractions utérines; les deux enfants ont succombé. Mais le troisième accouchement, survenu en mars 1862, fut d'une difficulté extrême et nécessita l'application du *forceps à tractions continues* de M. le Dr Chassagny.

L'obstacle venait d'un rétrécissement considérable du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, évalué à 7 centimètres et demi. Un examen approfondi, une fois l'accouchement terminé, permit de constater que le rétrécissement siégeait au-dessus de l'angle sacro-vertébral, et l'on ne put arriver à le mesurer qu'en mettant la main entière dans l'excavation pelvienne. Cette dernière elle-même n'était nullement déviée.

Ajoutons que le volume de la tête du fœtus, qui se présentait en occipito-iliaque gauche, était énorme, car le summum de traction possible avec l'instrument fut nécessaire pour l'amener au dehors. L'enfant pesait 10 livres après sa naissance.

Malgré la compression cérébrale considérable qu'avait subie la tête de l'enfant et l'asphyxie avancée qu'il présentait, nous parvînmes à le faire respirer, mais ce ne fut qu'après trois heures d'efforts et de soins incessants renouvelés à plusieurs intervalles dans la journée. Aujourd'hui il est aussi robuste et intelligent que possible.

(1) Nous publions cette observation sous toutes réserves. C'est un fait intéressant à enregistrer; l'intention est excellente. Quant aux conclusions et aux interprétations, elles sont laissées à la responsabilité du médecin distingué qui nous communique l'observation. (*N. de R.*)

Nous sommes intimement convaincu que, grâce à l'instrument et à l'intervention de M. le Dr Chassagny, une céphalotripsie a été épargnée à Mme M.....

Comme notre accouchée, quoique de petite taille, ne présentait aucun signe de rachitisme, nous avions lieu d'être étonnés de l'existence d'un rétrécissement de 7 centimètres et demi au détroit supérieur. Mais, interrogée avec soin, elle nous apprit que dans sa jeunesse elle avait souffert des reins et qu'un chirurgien, consulté par sa famille, avait fait appliquer deux cautères sur la portion lombaire de la colonne vertébrale.

Il est probable que, par suite de quelque lésion antérieure et des grossesses répétées de Mme M....., les vertèbres lombaires se sont légèrement ramollies et tassées au-dessus de l'angle sacro-vertébral.

Mme M....., une fois rétablie, fut prévenue de la nécessité d'un accouchement prématuré artificiel, si une quatrième grossesse survenait, car il était à craindre que le rétrécissement n'augmentât encore peu à peu.

Vers la fin de 1863, cette nouvelle grossesse arriva dans des conditions générales assez favorables pour Mme M....., car nous la trouvâmes fortifiée par un séjour prolongé à la campagne, mais fort engoissée sur son état.

Ce fut vers le commencement du cinquième mois que nous la soumîmes, M. Chassagny et moi, à un examen scrupuleux. La santé générale était bonne, la taille droite et nullement déviée, sans cambrure prononcée; Mme M..... nous raconta que, malgré son état, elle pourrait supporter sans fatigue des courses prolongées.

L'examen du bassin nous fit constater que le rétrécissement n'avait nullement augmenté, mais se trouvait exactement dans les mêmes conditions qu'en mars 1862.

Ce fut alors que M. le Dr Chassagny me proposa (et je dois lui laisser ici tout le mérite de l'idée et de son application) d'administrer l'iodure de potassium, d'après la méthode proposée par M. Ozanam, afin d'empêcher, si possible est, le volume trop exagéré de l'enfant, ou tout au moins la trop grande dureté des os du crâne.

Nous donnâmes en conséquence le 17 mars une dose de 10 centigrammes d'iodure de potassium, dissous dans du sirop de gomme, à prendre chaque jour.

Ce médicament fut continué régulièrement jusqu'au 15 juin, où nous revîmes Mme M..... en consultation pour la deuxième fois.

Elle nous raconta que sa santé avait été parfaite, mais qu'elle avait

remarqué, dès le troisième ou quatrième jour de l'usage de l'iodure de potassium, une diarrhée assez abondante, sans aucun malaise spécial et sans qu'elle en fût aucunement fatiguée; elle n'avait suspendu son remède que depuis deux jours, par suite de quelques douleurs d'estomac, indiquant que l'iodure de potassium était mal toléré.

A première vue, le volume du ventre avait peu augmenté pendant ces trois mois, la taille n'était nullement cambrée; les mouvements actifs du fœtus très-vifs. Les bruits du cœur s'entendaient nettement au milieu de l'abdomen.

Au toucher, on sentait distinctement la tête qui se présentait au détroit supérieur, quoique encore libre et flottante dans l'utérus; elle paraissait (par le palper abdominal et le toucher combiné peu volumineuse; aussi différâmes-nous pour ces diverses raisons l'accouchement prématuré. L'iodure de potassium ne fut pas continué.

Les choses marchèrent naturellement jusqu'au 12 juillet (huit mois et demi de la grossesse).

Un nouvel examen ne nous permit plus de sentir de présentation, la tête s'étant probablement logée dans une des excavations pelviennes. D'ailleurs la santé générale était bonne et le volume du ventre médiocre. En présence de ces faits, nous n'hésitâmes pas, M. Chassagny et moi, à pratiquer, quinze jours avant le terme, l'accouchement prématuré, le col étant mou, à peu près effacé et dilatable.

En conséquence, le 14 juillet nous appliquâmes dans la cavité cervicale du col le dilatateur de M. Tarnier, et deux heures après (dix heures du matin) l'orifice utérin était dilaté aux trois quarts, après un travail régulièrement engagé.

La poche des eaux étant intacte, vers midi nous sentîmes distinctement un pied et n'hésitâmes pas un instant à pratiquer l'extraction de l'enfant, ce qui se fit avec une facilité et une simplicité remarquables.

La délivrance fut compliquée d'un enchatonnement partiel du placenta, ce qui nécessita l'extraction manuelle du délivre.

L'enfant, du sexe féminin, était d'un petit volume, mais très-bien conformé; sa tête, vers laquelle notre attention se porta aussitôt, était molle, quoique présentant, au point de vue de la consistance des os, un état à peu près normal. Le poids de l'enfant, après sa naissance, était de 6 livres.

Les suites de couches furent, pour la mère, d'une simplicité parfaite. Une seule particularité à noter fut l'absence complète de fluxion laiteuse chez Mme M..... qui, dans ses précédentes grossesses, avait pu néan-

moins commencer l'allaitement de ses enfants. Il est probable que l'administration de l'iodure de potassium ne fut pas étrangère à cet état.

Le premier mois ne s'était pas écoulé, que la petite fille avait gagné en poids 4 livres, grâce à une excellente nourrice, si bien qu'elle rattrapa rapidement son frère aîné.

Cette observation parle assez par elle-même pour qu'il n'y ait qu'à en tirer les conclusions suivantes :

Pour la mère : innocuité à peu près complète de l'iodure de potassium; *diarrhée éliminatrice* qui a duré trois mois et n'a altéré en rien sa santé; — *état stationnaire du rétrécissement* qui n'avait subi aucune influence; suites de couches, d'une bénignité extrême : — *absence complète de fluxion laiteuse.*

Pour l'enfant : diminution en masse de son volume, sans qu'aucun organe ait eu particulièrement à souffrir. On aurait dit que, sous l'influence de l'iodure, il y avait eu *un arrêt de développement de tout son corps*, n'ayant nui en rien à sa santé, pendant sa vie intra-utérine, ni gêner en aucune façon son accroissement rapide après celle-ci. Quant aux os de la tête, les sels calcaires ne paraissaient pas y être en moindre quantité qu'à l'état normal.

Pour la mère et l'enfant, il y a donc eu simplicité très-grande dans le travail de l'accouchement, malgré une présentation un peu irrégulière, innocuité complète dans tous les cas de la médication iodurée, qui a réussi au delà de toute espérance.

Ce fait donne à réfléchir. La méthode de M. Ozanam ne mériterait-elle pas d'être prise en sérieuse considération par les chirurgiens, et largement appliquée à ces cas encore nombreux d'accouchements prématurés qui, quoi qu'on en dise, font toujours courir des dangers à la mère et à son enfant, quand la préparation

du travail est difficile et son engagement pénible? Dans tous les cas, elle nous fournit toujours le moyen (et notre observation le prouve surabondamment) de prévenir ces opérations et ces mutilations qui font souvent frémir même les plus téméraires et reculer quelquefois les plus incrédules. C'est en s'appropriant ces moyens médicaux, trop souvent dédaignés, que la chirurgie devient évidemment *conservatrice*, et se rapproche chaque jour d'avantage de cet idéal qu'ont rêvé pour elle les grands chirurgiens de tous les temps.

D[r] Noack fils,
de Lyon.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 3e article (1) —

IV

PREMIER DISCOURS DE M. BOUILLAUD (Suite).

Tout le monde sait qu'on admet généralement aujourd'hui dans la durée totale d'une révolution du cœur deux bruits et deux silences avec lesquels on a constitué une mesure à trois temps :

Premier bruit, court. . . . . Premier silence, court également.	Premier temps.
Deuxième bruit, plus long que le premier.	Deuxième temps.
Deuxième silence, plus long que le premier.	Troisième temps.

Ce sont là, à peu de chose près, des divisions de temps égales.

Mais une pareille précision n'est pas indispensable pour la pratique, et il suffit de savoir qu'il se produit, dans toute révolution normale du cœur, un bruit, un silence, un autre bruit, un autre silence; ce qui constitue, si l'on veut, quatre temps.

Or, M. Beau n'a admis de ces quatre temps que les deux bruits et le second silence, et il a divisé en trois temps la révolution cardiaque dans

(1) Voir l'*Art médical*, février et mars 1865.

laquelle chaque bruit peut-être représenté par une ***note noire*** et le silence par un ***soupir***.

On peut voir sur la figure suivante qui n'est autre que la reproduction du premier tracé de MM. Chauveau et Marey, le lieu assigné définitivement par M. Beau, dans les mouvements du cœur, aux bruits et au silence.

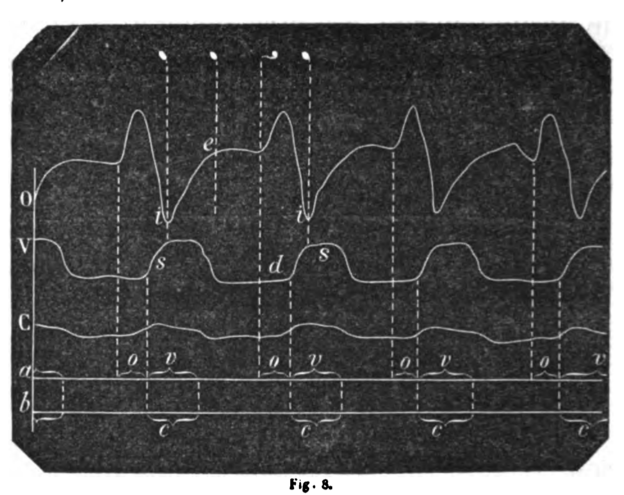


Fig. 8.

Il place au point S (2ᵉ ligne) le premier bruit normal qu'il fait dépendre de l'extension diastolique brusque des parois ventriculaires.

Il place au point *e* (1ʳᵉ ligne) le second bruit normal qu'il fait dépendre de l'extension diastolique brusque des parois auriculaires.

Il place enfin le centre du silence sur la ligne qui part de la lettre ***d*** et qui répond précisément au moment où va commencer la systole auriculaire.

M. Beau trouve un accord parfait entre le tracé du cardiographe et la fixation fournie par le rhythme musical. (Voyez pour plus de détails le t. XXIX du ***Bulletin de l'Académie***, p. 806.)

Nous avions besoin d'exposer cette théorie pour l'opposer à celle que développera bientôt M. Bouillaud. Est-il besoin de rappeler qu'elle est la conséquence de la manière dont M. Beau comprend les mouvements du cœur? (Voyez plus haut, p. 153 et suiv.)

Revenons à M. Bouillaud. Le cœur présente pour lui tous les caractères, toutes les conditions d'une pompe aspirante et foulante. Le corps de pompe est représenté par les ventricules; les ouvertures de la pompe sont représentées par les orifices auriculo-ventriculaires et ventriculaires-artériels; les soupapes des ouvertures de la pompe sont représentées par les valvules auriculo-ventriculaires et ventriculaires-artérielles.

Les mouvements alternatifs de contraction et de dilatation du cœur remplacent le piston de la pompe. Ce piston s'abaisse pour chasser ou pour refouler devant lui ; il se relève pour aspirer.

De même, le cœur se contracte pour chasser le sang dans les artères ; il se dilate pour aspirer une quantité nouvelle de ce liquide.

Quant aux oreillettes, elles ne concourent, pour M. Bouillaud, que dans une certaine mesure à l'acte dynamique en vertu duquel le sang pénètre dans les cavités ventriculaires. Nous avons déjà vu (p. 231 et suiv.) qu'aux yeux d'Harvey, elles jouaient un rôle plus important.

Cette opinion de M. Bouillaud ne s'accorde pas entièrement avec celle d'Harvey qui considérait les ventricules relâchés comme se laissant distendre par le sang, au lieu de l'attirer presque exclusivement par une véritable aspiration (1). Il y a donc cette différence dans la manière de voir de ces deux auteurs que pour l'un, Harvey, il n'existe qu'un mouvement, celui de la systole des ventricules, tandis que pour l'autre, M. Bouillaud, il en existe deux : celui de la systole des ventricules et celui de leur diastole.

Passant à la théorie des mouvements du cœur, M. Bouillaud résume les principaux passages de la deuxième édition de son *Traité clinique* sur ce sujet. Il a décrit, dit-il, ces mouvements comme l'avaient fait Haller et Magendie. Pour ce qui le regarde personnellement, il n'avait senti bien distinctement aucune contraction des oreillettes sur un coq et il avait observé de faibles contractions sur deux lapins (2). A chaque contraction ventriculaire la pointe du cœur se redressait en repoussant le doigt.

(1) De ce que, lorsque le cœur a cessé de battre, la contraction de l'oreillette dilate encore le ventricule, Harvey est amené à conclure : « Hinc pateat quomodo in ventriculos sanguis ingrediatur, non attrac« tione, aut distentione cordis, sed ex pulsu auricularum immissus » (*de Mortu cordis*, etc.; édit. in-4 de Leyde de 1737, p. 32).— « Ideo a con« tractione auricularum conjicitur sanguis in ventriculos, ut ante pate« feci, et inde a contractione ventriculorum projicitur et transfertur. » (*Ibid.*, p. 97.)

(2) « Auriculæ enim dum moventur, et pulsant albidiores fiunt, præ« sertim ubi pauco sanguine replentur (replentur autem tanquam promp« tuarium, et lacuna sanguinis, declinante sponte sanguine, et venarum « motu compresso ad centrum) quin etiam in finibus, et extremitatibus « ipsarum hæc albedo a contractione fieri, vel maxime apparet ». (*De Motu cordis*, etc., p. 32, de l'édit. in-4 de Leyde, 1737.)— « Auriculas simi« liter pulsare apertum est, sese contrahere, et sanguinem in ventricu« los conjicere ; unde ubicunque est ventriculus, auricula necessaria, non « solum quod vulgo creditur, ut sit sanguinis receptaculum et promp« tuarium... sed motores primi sunt sanguinis auriculæ... » (*Ibid.*, p. 96.)

Plus tard, M. Bouillaud vit le cœur du cheval rebondir dans sa contraction et s'élancer contre la paroi thoracique. Il fallait au doigt un grand effort pour vaincre ce mouvement; — les fibres musculaires étaient plissées; — à peine voyait-on quelques oscillations de l'auricule; le doigt introduit dans un orifice auriculo-ventriculaire se sentait serré de toutes parts pendant la systole ventriculaire (1), ce serrement cessait avec la systole (2). — Le doigt appliqué sur les régions du cœur correspondantes au siége des valvules, sentait *de la manière la plus distincte* le mouvement de redressement et de rapprochement des valvules.

L'incision de la pointe du cœur fit voir, à chaque systole ventriculaire, le sang s'élancer par la plaie (3). La saccade cessait avec la systole pour recommencer avec elle.

Après cette énumération de ce qu'il avait vu, M. Bouillaud traita du mécanisme des mouvements valvulaires; il parla de la propulsion et du retrait du cœur, véritable flux et reflux qu'on peut voir et sentir sur la poitrine, chez l'homme comme chez les animaux vivants, et déclara que les oreillettes ne s'étaient décelées pour lui, jusqu'à ce jour, à l'état normal, par aucun mouvement distinct.

Il ne voulut entrer dans aucun détail touchant les théories qu'on avait proposées pour expliquer le choc, il rappela pourtant l'explication donné par Hiffelshein, à savoir : que le cœur bat parce qu'il recule, et il ne mentionna la théorie de M. Beau que pour dire qu'elle était un contre-sens physiologique.

(1) « In systole cordis, a dit Haller (*Physiologia* t. I, p. 395), digitus in « ventriculum missus constringitur..... *Exper.* 475, 485. Confer testes « prioris potissimum seculi, pene innumerabiles, J. Walæum, *Epist.* 1, p. 402; *Epist.* II, p. 417; Nicolaum Stenonis, *de Muscul. et gland.*, p. 29; Thomam Bartholinum, *Anat. renov.*, p. 377; Isbr. Diemerbroeck, *Anat.*, p. 272; J. Alph. Borellum, *loc. cit.*, lib. II, propos. 38, 44, 50, 52; Petrum Bayle, *Probl.* 20; R. Vieussens, *Neurogr.*, p. 21; J. Fantonum, *loc. cit.*, p. 295; Jos. Exup. Bertin, *Thèse;* Hier. Queye, *loc. cit.*, p. 41. »

(2) In cordis diastole, « ventriculorum carnes a septo relabuntur, hinc « digitus caveæ cordis immissus laxatur. » (Haller, *ibid.*, p. 398.)

(3) Après avoir dit que dans la systole ventriculaire le cœur se contracte dans tous les sens, en même temps qu'il devient plus dur, moins coloré, plus petit, plus ramassé, un peu plus long, qu'il se redresse, qu'il se relève en pointe, qu'il frappe la paroi thoracique et qu'on sent au dehors sa pulsation, Harvey ajoute : « Verum nemo amplius dubitare « poterit, cum usque in ventriculi cavitatem inflicto vulnere, singulis « motibus, sive pulsationibus cordis in ipsa tensione prosilire cum « impetu foras contentum sanguinem viderit. » (*Oper. cit.*, caput 2, p. 26, édit. in-4 de Leyde, 1737.)

La systole auriculaire ne se produit pas au moment du choc, elle est d'ailleurs trop faible pour produire le plus fort des mouvements du cœur ; son rôle est moins actif que celui des ventricules, l'anatomie rend raison de ces différences ; les oreillettes ne sont guère qu'une sorte de réservoir où les ventricules puisent le sang qu'ils doivent lancer dans les artères (1).

Après ces considérations, M. Bouillaud aborda la question des bruits et de leur théorie. Il décrivit ces bruits et donna les raisons qui l'avaient fait ranger, pour leur explication, à l'opinion de M. Rouanet.

Le jeu des valvules était, à son sens, la cause de ces bruits. De là les noms qu'il leur avait donnés de bruits ou de claquement des valvules.

Ces valvules étaient-elles saines, les bruits cardiaques étaient normaux, le cœur lui-même fût-il malade. Les valvules étaient-elles notablement lésées, les bruits du cœur se modifiaient. Donc, ajouta M. Bouillaud, le premier bruit dépend de la tension brusque des valvules auriculo-ventriculaires, et cette tension est déterminée par la systole ventriculaire. Partant, les mouvements des valvules et le choc sont dus à la contraction des ventricules, au lieu d'être le résultat de la contraction des oreillettes.

Cela dit, M. Bouillaud répondit à M. Beau. Il rappela à ses collègues le jugement que cet auteur avait porté sur les théories d'Harvey, de MM. Chauveau et Marey et de lui-même. Ces théories diffèrent de beaucoup entre elles, a dit M. Beau. Et c'est pour remédier à cette *anarchie* qu'il propose son mouvement composé, sa diasto-systole (Voyez la figure 7 p. 151, et l'interprétation de la ligne *r*, *s*, *v*, *u*, p. 152), comme si ces deux mouvements opposés, quelque rapides d'ailleurs qu'on les suppose, pouvaient produire un seul et même phénomène, le phénomène du choc (2) !

Si la systole produit le mouvement qui détermine le choc, la diastole produit le mouvement de retrait.

La diasto-systole une fois terminée, le sang pénètre, pour M. Beau,

(1) « Ubicunque est ventriculus, auricula necessaria, non solum, *dit* « *Harvey*, quod vulgo creditur, ut sit sanguinis receptaculum et promp- « tuarium (quid enim opus est pulsatione ad retinendum) sed motores « primi sunt sanguinis auriculæ, præsertim dextra, primum vivens, ulti- « mum moriens, etc. » (*De Motu cordis*, etc., p. 97.)

(2) « Eodem tempore aorta pulsat, et cor (Riolan, *Antropograp.*, p. 234, « 240, 476, etc.); neque enim in diastole cor pectus ferit uti docuit « A. Shebbeare, *Princ. of practice*, p. 194. » (Haller, in *Elementa phy-* « *siologiæ*, t. I, p. 398 ; in-4. Lausannae, 1757.)

dans l'oreillette, sans aller jusqu'au ventricule qui reste vide et rétracté par *tonicité*.

M. Bouillaud repoussa cette affirmation. « Aucune expérience bien authentique ne démontre, dit-il, que le sang pénètre dans l'oreillette sans aller jusque dans le ventricule, qu'il la remplisse pendant tout le second temps; qu'une fois pleine, l'oreillette se contracte et envoie son ondée dans le ventricule vide.

« Comment d'ailleurs, ajouta-t-il, le sang ne refluerait-il pas, durant la contraction auriculaire, dans les veines dépourvues de valvule ou de soupape qui s'ouvrent dans la cavité de l'oreillette, pour produire le pouls veineux ?

« Comment le pouls artériel serait-il isochrone à la systole ventriculaire, ce que des millions d'expériences démontrent (1), si cette systole n'était pas la cause du battement ?

« Si M. Beau, au lieu de s'en rapporter au *Moniteur des Hôpitaux* du 12 avril 1853 (2), eût consulté le *Traité des maladies du cœur* (2e édit.; Paris, 1841), il n'aurait pas été amené à dire que, dans ma théorie des mouvements du cœur, les mouvements des oreillettes frappent par leur absence. Bien avant les expériences et la dernière communication de MM. Chauveau et Marey, je reconnaissais une action systolique et diastolique aux oreillettes dans la succession des mouvements du cœur.

« Selon M. Beau, j'aurais *soutenu formellement* que dans le même battement il y a allongement du ventricule (3). J'ai dit : il me *sembla* que le

(1) Harvey dit en parlant du fils aîné de lord Montgomery dont, avec le roi Charles, d'Angleterre, il avait pu voir et toucher le cœur recouvert seulement par une excroissance fongueuse, que la systole de cet organe avait lieu dans le temps même ou la diastole était perçue au poignet. « Observavimus..... fieri in corde systolen, quo tempore diastole in « carpo percipiebatur. » (*De Generatione animalium*, p. 210, in-4. Lugduni Batavorum, 1737.)

(2) On lit dans ce journal : « Nous nous occuperons exclusivement [dans le mécanisme des mouvements du cœur] des ventricules, les oreillettes entrant pour trop peu de chose dans les battements de l'organe.

« De quelle manière qu'on étudie ces mouvements, on est toujours obligé de commencer par la systole, ce mouvement étant celui qui commence la série des phénomènes d'une révolution de l'organe.

« La systole est le premier mouvement des ventricules, celui qui succède au repos le plus long. (No 44, t. I, p. 345.)

(3) « C'est pendant ce mouvement [la systole ventriculaire], que l'on voit [sur un animal dont on a ouvert la poitrine], le cœur se resserrer, s'allonger et se redresser ou projeter sa pointe en avant. Quoiqu'il soit

cœur s'allongeait en se contractant. J'ai dit encore : Lorsque chez un lapin, les battements du cœur se furent ralentis, je continuai bien à voir le mouvement de soulèvement et d'impulsion pendant la contraction ventriculaire, mais *l'allongement du cœur ne me parut plus jamais bien certain*. J'ai dit enfin : En frappant les ventricules avec la pointe de mes ciseaux, j'excitai, pendant deux ou trois minutes, des contractions très-distinctes, avec des *allongements du cœur*, en même temps que le rétrécissement dans le sens transversal, et une sorte de soulèvement en avant (1).

« Je n'attribue pas, comme M. Beau, cet allongement à la diastole ventriculaire, je l'attribue à la systole. »

Tel fut le sens des paroles de M. Bouillaud, puis l'orateur conclut :

1° Le choc contre les parois de la poitrine est produit par la systole des ventricules et non par leur diastole;

2° Le retrait de la pointe du cœur est isochrone à la diastole et non à la systole des ventricules;

3° Une révolution complète du cœur se compose de quatre temps.

Toutes ces propositions sont démontrées par la vue, par le toucher et même par l'ouïe.

A ces arguments fournis par l'expérimentation, M. Bouillaud en ajouta d'autres fournis par la logique, c'étaient en partie ceux qu'il avait déjà produits et qu'il résuma de nouveau :

Les oreillettes ne peuvent pas produire le mouvement le plus énergique du cœur;

Deux mouvements opposés, celui de la systole et celui de la diastole, ne peuvent avoir lieu en même temps;

Ces deux mouvements ne sauraient en constituer un seul.

singulier de voir s'allonger un organe qui se contracte, il n'en est pas moins vrai que le fait est réel pour le cœur, etc.» (*Moniteur des Hôpitaux*, p. 345. Paris, 1853.)

Et plus loin, p. 346 : *Premier mouvement*. Contraction des ventricules, allongement du cœur, etc.; repos très-court.

Deuxième mouvement. Dilatation... réplétion du ventricule; grand repos, etc. »

(1) Harvey s'est à peu près exprimé de la même manière : In motu, et « eo quo movetur tempore [cor], *a-t-il dit*..., animadvertenda :

« I. Quod erigitur cor, et in mucronem se sursum elevat, sic ut illo « tempore ferire pectus, et foris sentiri pulsatio possit.

« II. Undique contrahi, magis vero secundum latera, ita ut minoris « magnitudinis, et longiusculum, et collectum appareat. » (*De Motu cordis*, p. 25, in-4. Leyde, 1737.)

V

DISCOURS DE M. BÉCLARD (1).

Au discours de M. Bouillaud succéda celui de M. Béclard, qui avait été mis en demeure par M. Beau de s'expliquer sur la théorie des mouvements du cœur qu'il avait exposée dans son *Traité de physiologie*, et qui différait sur un point de celle définitivement admise par MM. Chauveau et Marey.

Nous avons déjà fait connaître la réponse de M. Béclard (page 230). Ajoutons maintenant que cet auteur profita de l'occasion qui lui était offerte pour prendre part à la discussion académique. Il aurait bien voulu pouvoir aborder la question des bruits cardiaques, plus intéressante peut-être, au point de vue pratique, que celle des mouvements du cœur, mais il se souvint que les bruits cardiaques n'étaient pas en cause. En conséquence, il se renferma dans son sujet.

Il reconnut sans peine que la rapidité des mouvements du cœur rend leur étude difficile, lorsqu'on n'a pour se guider, dans cette étude, que le secours de la vue et du toucher. Mais il ne crut pas à l'indispensable nécessité de l'intervention du cardiographe pour établir la vérité de la doctrine ancienne.

Les expériences de MM. Chauveau et Marey ont éclairé un grand nombre de points que nous cherchons à résoudre, mais elles n'étaient pas nécessaires pour démontrer l'erreur de M. Beau.

Il suffit d'avoir saisi entre ses mains le cœur d'un animal vivant, pour savoir que la contraction des oreillettes est faible, que la contraction des ventricules est énergique.

Il suffit de toucher et de regarder la paroi thoracique dans l'espace compris entre la cinquième et la sixième côte gauches, pour sentir, dans un moment donné, un battement, et pour voir un soulèvement.

Ici l'orateur se demande à quel moment de la révolution du cœur correspond le choc précordial, et, à ce propos, il rappelle que ce moment a été déterminé par Harvey d'abord, par presque tous les physiologistes ensuite, comme étant celui où se produit la systole ventriculaire.

Puisqu'il venait de citer Harvey, sous ce rapport, M. Béclard eût pu citer aussi, à l'appui de cette opinion, l'observation recueillie par le même auteur sur le fils aîné de lord Montgomery que nous avons rappelée tout à l'heure (note de la page 292). Mais il préféra signaler le fait

(1) Séance du 3 mai 1864, page 693 à 708 du t. XXIX, du *Bulletin de l'Académie*, année 1864.

observé plus récemment par M. H. Bamberger (1) sur un homme qui s'était fait à la poitrine une plaie assez large, pour qu'on pût introduire le doigt entre la partie antérieure du cœur et la paroi correspondante du thorax.

L'observateur « sentait à chaque systole ventriculaire et à chaque pulsation artérielle, la partie libre du cœur qui venait presser son doigt (2). Pendant le relâchement des ventricules, ceux-ci semblaient se retirer en arrière. »

Au lieu d'admettre la coïncidence du choc avec la contraction des ventricules, M. Beau veut que la projection du cœur en avant soit isochrone à la systole des oreillettes, ou autrement dit à la dilatation des ventricules, et pour faire admettre cette manière de voir, « il suppose qu'au moment où les oreillettes se contractent pour chasser le sang dans les ventricules, ceux-ci sont vides, quoiqu'à l'état de non contraction, et que le flot de sang chassé par la contraction des oreillettes envahit les ventricules en quelque sorte en masse. »

C'est le contraire qui est la vérité. Les valvules auriculo-ventriculaires sont toujours abaissées, sauf le moment précis où le sang, pressé par la contraction des ventricules, les relève; et quelle force pourrait faire que les valvules auriculo-ventriculaires fussent relevées dans tout le temps du relâchement des ventricules?

M. Beau affirme en avoir acquis la preuve expérimentalement en introduisant son doigt dans l'intérieur du cœur, par une incision pratiquée dans la paroi d'une oreillette (3). L'expérience dont il est question n'a jamais reçu une signification pareille.

« Que devient, a dit M. Beau, l'ondée sanguine chassée par la con-

(1) *Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Herzens.* von H. Bamberger, a Prof. der med. Klinik in Würzburg. In *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin* — herausgegeben von R. Virchow. T. IX, p. 328, in-8. Berlin, 1856.

(2) « Dans un cas où M. Barry avait introduit sa main dans le péricarde d'un cheval, en la faisant pénétrer au travers du diaphragme, ses doigts se trouvèrent fortement pressés contre la paroi thoracique à chaque pulsation du cœur. » (Bérard, t. III, p. 625 de son *Cours de physiologie.*)

(3) « .....de plus, je constatai l'immobilité du ventricule avec retrait de son volume et occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire pendant toute la durée du repos du cœur, ou du second temps. » (*Quelques réflexions sur le sphygmomètre cardiaque de MM. Chauveau et Marey*, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, p. 787, numéro du 12 décembre 1862.)

traction des oreillettes, si les ventricules sont déjà remplis de sang au moment où cette contraction éclate ? »

M. Béclard répondit à cette question en disant : 1° que le temps très-court qui s'est écoulé depuis la contraction précédente du ventricule, n'a pas permis à celui-ci de se remplir au maximum ; 2° que l'oreillette est loin d'écouler vers le ventricule la totalité du sang qui la remplit.

M. Béclard cita, à l'appui de sa dernière proposition, les recherches faites sur les animaux par M. Hope, d'après lesquelles l'oreillette chasserait tout au plus vers le ventricule le tiers de son contenu, puis il dit : « Avant la contraction des oreillettes, la tension du sang contenu dans les ventricules n'est équivalente qu'à la tension veineuse. La contraction des oreillettes ajoute quelque chose à cette tension, et c'est ce supplément qui fait, en quelque sorte, partir le ressort ventriculaire. »

M. Béclard ne s'en tint pas à la réponse précédente. Avec une bonne foi qui l'honore, il alla au-devant d'une autre objection de M. Beau, celle qui avait séduit un instant, dit-il, un esprit des plus distingués, M. Verneuil (1). Quelle est cette objection ? la voici : Dans la systole le cœur se rapetisse dans tous les sens. Or, à l'instant du choc il frappe plus bas qu'il ne devrait le faire, alors qu'il est censé revenu sur lui-même. Donc, le choc ne peut avoir lieu qu'au moment de la dilatation, moment qui est celui où le cœur augmente véritablement de volume.

M. Verneuil a depuis reconnu qu'il avait été le jouet d'une illusion.

L'allongement prétendu des ventricules ne serait autre chose pour M. Béclard que la descente en masse du cœur, lors de la systole ventriculaire.

Cette descente serait due à l'élongation des artères voisines du cœur.

Après avoir dit comment il se fait que la pointe du cœur correspond, pendant la systole, à l'intervalle compris entre la cinquième et la sixième côtes, tandis qu'elle répond, pendant le repos de l'organe, à la cinquième côte, M. Béclard répète que la vue et le toucher peuvent faire naître des sensations illusoires, alors surtout qu'il s'agit d'apprécier des mouvements qui se succèdent et s'enchaînent avec une grande rapidité, et bien qu'il soit d'avis, encore une fois, que les expériences cardiographiques ne soient pas nécessaires pour démontrer l'erreur de M. Beau, il reconnaît qu'elles confirment, de la manière la plus éclatante, la doctrine dite ancienne, en même temps qu'elles démontrent : 1° l'isochronisme du choc précordial avec la systole ventriculaire ; 2° le début de ce choc à une

(1) *Recherches sur la locomotion du cœur.* Thèse inaugurale soutenue le 2 février 1852. In-4, 57 pages.

certaine distance de la fin de la systole auriculaire; 3° la faiblesse et la rapidité de cette systole; 4° la force et la durée relativement assez longue de la contraction des ventricules, etc.

M. Beau a dit : « Les tracés de MM. Chauveau et Marey sont des caractères qui ne parlent pas tout seuls..... il faut les interpréter. »

M. Béclard répond qu'il faut d'abord les lire.

M. Beau conteste que l'élévation du levier enregistreur accuse toujours une pression active de la cavité cardiaque qui le met en jeu.

A cela, M. Béclard répond que cette augmentation de pression n'est pas douteuse dans une cavité en diastole, pourvu qu'elle communique avec une autre cavité où s'exerce actuellement une pression active. Voilà pourquoi une augmentation de pression est accusée dans le ventricule en diastole, lors de la contraction de l'oreillette. Seulement, la courbe qui traduit cette pression dans le ventricule déjà dilaté indique une énergie bien différente de celle à laquelle donne lieu la systole ventriculaire.

M. Beau interprète les tracés de manière à faire coïncider le choc précordial avec la contraction des oreillettes. Les tracés démontrent au contraire, de la manière la plus évidente, que ce choc a lieu pendant le relâchement des parois de ces cavités et un certain temps après que leur contraction a cessé. M. Béclard ne comprend pas que M. Beau puisse reprocher à MM. Chauveau et Marey d'avoir répudié un premier, puis un deuxième tracé, pour s'arrêter à un troisième.

Pourquoi n'auraient-ils pas perfectionné leur instrument? Le premier et le second ont donné le gros des phénomènes, le troisième en a fait saisir toutes les nuances. Les premières expériences ne sont pas pour cela contradictoires avec les dernières. Celles-ci sont plus exactes et voilà tout.

M. Beau accuse le cardiographe de s'être trompé. Des instruments de précision ne peuvent se tromper; loin de là, ils nous ont révélé ce qui sans eux nous serait toujours resté caché.

VI

PREMIER DISCOURS DE M. GAVARRET (1).

M. Gavarret reprit de nouveau la parole pour soutenir les conclusions de son rapport. Ces conclusions étaient, comme nous l'avons vu, en opposition avec les opinions que M. Beau professe.

(1) Séance du 10 mai 1864, p. 716 à 743 du tome XXIX du *Bulletin de l'Académie*, année 1864.



Pour M. Beau, en effet, 1° le choc du cœur est dû à la diasto-systole des ventricules; 2° la diastole des ventricules se fait tout entière pendant et par la systole des oreillettes, aucune goutte de sang ne passant dans les ventricules tant que les oreillettes ne se contractent point; 3° la diastole des oreillettes ne commence qu'après la systole ventriculaire.

Et comme conséquence de cette physiologie : 1° le premier bruit du cœur est le résultat de l'ondée sanguine lancée par les oreillettes contre les parois relâchées des ventricules; 2° le second bruit est produit par le choc de l'ondée sanguine lancée par les veines contre les parois relâchées des oreillettes.

Or, comme ces deux bruits sont éclatants, le sang arrive brusquement, pour M. Beau, dans les ventricules pour le premier bruit, dans les oreillettes pour le second.

Pour qu'il en soit ainsi, la systole auriculaire ferme exactement les orifices de toutes les veines qui débouchent dans les oreillettes, et cette occlusion complète persiste jusqu'à ce que les ventricules aient opéré leur systole.

A cette allégation, M. Gavarret opposa l'absence de valvules aux quatre veines pulmonaires et à la veine cave supérieure; il signala la valvule semi-lunaire de la veine coronaire et la valvule d'Eustache de la veine cave inférieure ne recouvrant du reste que très-incomplétement la lumière du vaisseau (1).

Force a donc été pour M. Beau de munir les orifices des veines de sphincters assez puissants pour jouer le rôle qu'il leur assigne.

A cette affirmation de M. Beau que les valvules auriculo-ventriculaires sont repoussées seulement au moment où les oreillettes se contractent, M. Gavarret opposa la réponse qu'avait déjà faite M. Béclard, à savoir : que la valvule tricuspide est repoussée vers la cavité ventriculaire au moment du relâchement du ventricule et qu'elle est repoussée du côté de l'oreillette pendant toute la durée de la systole ventriculaire.

Mais pour résister à la poussée du sang qui leur arrive du côté des oreillettes, poussée qui équivaut d'abord à une pression de 200 grammes d'après le calcul de M. Périer, et ensuite de 425 grammes d'après

(1) Il n'était aucun animal connu de Haller chez lequel on trouvât une valvule placée entre l'oreillette droite et la veine cave. La valvule d'Eustache seule faisait exception à cette règle, encore même cette valvule n'était-elle pas complète. « In nullo enim animale, mihi noto, valvula « aliqua auriculam inter cavamque venam reperitur, præter imperfectam « illam *Eustachianam*.» (*Elementa physiologiæ corporis humani*, auctore Alberto v. Haller, t. I, p. 401, in-4. Lausannæ, 1757.)

M. Bouillaud, il faut que les valvules auriculo-ventriculaires se maintiennent par leur propre force ou bien qu'elles soient maintenues ou par le sang qu'elles ont laissé passer ou par les ventricules en contraction.

La première hypothèse est inadmissible, la deuxième et la troisième hypothèses sont en opposition avec ce qu'a écrit M. Beau lui-même quand il a dit que pendant la diastole auriculaire le ventricule est vide et relâché (1).

M. Beau a dit encore dans une de ses leçons (2) : Le sang qui vient dilater et remplir l'oreillette au deuxième temps est empêché de tomber dans le ventricule parce que, à l'état normal, l'orifice auriculo-ventriculaire est fermé par la simple tonicité des faisseaux musculaires qui entourent cet orifice. Voilà donc, s'est écrié M. Gavarret, deux nouveaux sphincters dont M. Beau a enrichi l'anatomie du cœur pour les besoins de sa théorie !

Le pouls carotidien est un phénomène systolique, il y a donc une forte présomption pour que le premier bruit soit lui-même un phénomène systolique, et ce bruit est, pour M. Beau, le résultat de la diastole ventriculaire, ce qui ne l'a pas empêché d'écrire (*Traité d'auscultation*, p. 224) : Que la systole auriculaire, que la diastole ventriculaire et que la systole ventriculaire se succèdent si rapidement que leur ensemble paraît former un mouvement unique. D'où il résulte que, pour M. Beau, le premier bruit du cœur se produit aussi pendant la systole ventriculaire. A ce point de vue, « le ventricule ne serait que le commencement du tube artériel,.... l'oreillette serait l'agent central de la circulation, le cœur proprement dit. » (*Traité d'auscultation*, p. 225).

Les oreillettes se contractent sans doute, mais leurs contractions chez les grands animaux sont obscures, difficiles à discerner. L'œil les perçoit dans l'appendice auriculaire, le doigt sent les parois auriculaires se durcir au moment des contractions de l'auricule.

Mais quelle est la force de ces contractions? M. Marey a démontré que le maximum de pression exercée par l'oreillette droite ne dépasse pas 3 grammes 4 dixièmes, tandis que la pression correspondant à la contraction des ventricules s'élève à 34 grammes pour le ventricule droit et 174 pour le ventricule gauche. La puissance contractile du

(1) *De la Diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur* (extrait des leçons cliniques sur les maladies du cœur), dans la *Gazette des hôpitaux* pour l'année 1861, p. 386.

(2) *Ibidem*, p. 399.

ventricule droit est donc dix fois et celle du ventricule gauche cinquante et une fois plus considérable que celle de l'oreillette droite.

Après ces appréciations, M. Gavarret revint aux cardiographes. Il parla du premier tracé qui n'était à la vérité qu'une ébauche, mais une ébauche bien faite dans laquelle étaient enregistrés les principaux phénomènes de la révolution cardiaque. On n'y trouvait aucune trace de phénomènes de moindre importance et nécessaires pour compléter le tableau d'une révolution; on n'y trouvait pas l'indication de la pression intra-ventriculaire, qui doit correspondre à la systole auriculaire.

Le deuxième tracé combla cette lacune. M. Beau n'en voulut pas tenir compte.

MM. Chauveau et Marey perfectionnèrent encore leurs instruments, et ils obtinrent un troisième tracé, que M. Beau n'accepta pas encore. Cependant les deux derniers tracés ne diffèrent du premier qu'en ce qu'ils renferment beaucoup plus de détails.

C'est donc le progrès que M. Beau repousse.

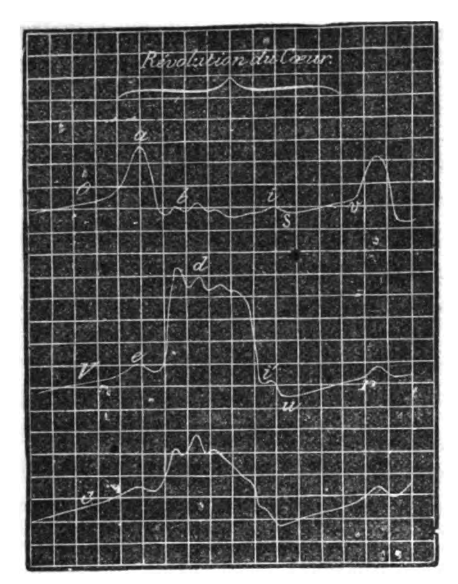
M. Gavarret répéta les motifs que nous avons fait connaître (pages 143 et 228) de la préférence exclusive de M. Beau pour le premier tracé, et il fit remarquer que, seul, le tracé qu'il avait substitué (fig. 7, p. 151) à celui de MM. Chauveau et Marey était constitué par des ondulations régulières, séparées par des lignes également régulières. Le tracé de ces auteurs (fig. 4, p. 148) présente des lignes sinueuses, flexueuses, mais il en offre moins que le second (fig. 5, p. 149) et que le troisième (fig. 6, p. 150). Nous en avons dit la cause.

« Si les tracés de MM. Chauveau et Marey eussent présenté la régularité de détails tant prisée par M. Beau, régularité qui n'est pas dans la nature, je n'aurais pas lu le mémoire de ces auteurs. »

L'irrégularité de ces lignes est l'état normal. Les tracés de deux révolutions complètes doivent être exactement superposables. Voilà la régularité qu'il faut chercher.

M. Gavarret repoussa l'expression de *manifestation spontanée* du cardiographe pour le premier tracé. Avec les autres tracés, MM. Chauveau et Marey auraient donc trompé l'Académie et le monde médical, et la commission se serait rendue complice de cette fraude!

Quels sont les principaux reproches adressés par M. Beau au troisième tracé?



Reproduction de la fig. 6 (3ᵉ tracé dit de l'Académie).

M. Gavarret ne voulut rien dire de la troisième ligne, celle du choc, dont l'interprétation dépendait de celle du ventricule.

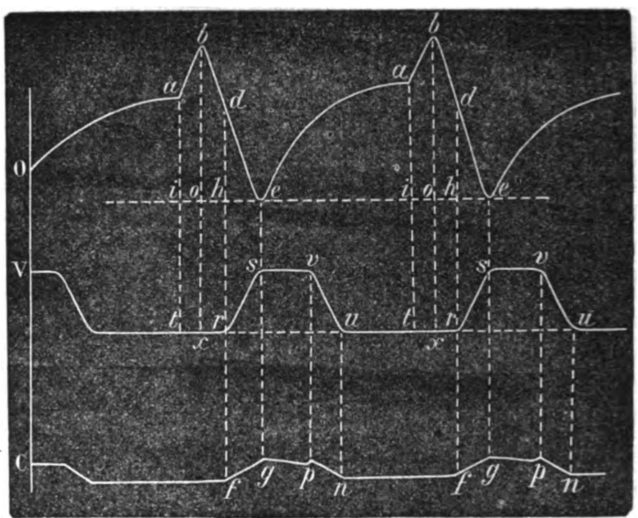
Il montra le mamelon *e* de la deuxième ligne, dû à la systole de l'oreillette, systole qui se termine en *a* dans la première ligne, et s'étonna que M. Beau trouvât trop courte la durée de cette systole auriculaire, lui pour qui la systole auriculaire, la diastole ventriculaire et la systole ventriculaire étaient tellement rapides, que la systole auriculaire et le pouls étaient *sensiblement synchrones*.

Il expliqua de nouveau les ondulations que nous avons signalées page 226, et fit remarquer qu'il n'avait jamais parlé de l'occlusion de la valvule tricuspide en trois temps.

Il revint sur le court intervalle qui sépare la fin de la contraction auriculaire du commencement de la contraction ventriculaire, intervalle que l'application d'un doigt sur l'oreillette et d'un autre doigt sur le ventricule rend aussi manifeste que le fait le cardiographe.

Il rappela que la diastole auriculaire commençant pendant la systole ventriculaire, l'auricule contient déjà beaucoup de sang, lorsque le ventriculaire relâché commence à en recevoir.

A partir du point *s* jusqu'en *v*, l'oreillette cède du sang au ventricule de *u* en *r*, et c'est pourquoi les courbes correspondantes sont parallèles; elles sont donc, contrairement à l'opinion de M. Beau, telles qu'elles devaient l'être.



Reproduction de la fig. 7.

Arrivons au premier tracé.

M. Gavarret mit sous les yeux de l'Académie la figure même qu'avait proposée M. Beau, et appelant l'attention sur la ligne descendante *b, d, e,* qui accuse une diminution brusque et évidente de pression, il rappela l'interprétation que M. Beau avait donnée, consistant à dire que la contraction de l'oreillette ne cesse pas en *b*, mais qu'elle se continue de *b* en *d*, et même jusqu'en *e*. En sorte que la pression intra-auriculaire non-seulement diminuerait, mais descendrait au minimum pendant la contraction des parois de l'oreillette.

Ici M. Gavarret reproduisit l'explication donnée par M. Beau (p. 151), puis il la réfuta en disant qu'un liquide n'avait pas de forme qui lui fût propre, qu'il prend celle du vase qui le contient, qu'il ne fallait pas le comparer à un bloc solide, de forme ovoïde, dont la grosse extrémité passerait plus difficilement que la petite à travers l'orifice auriculo-ventriculaire, etc., etc.

Quand le sang arrive dans le ventricule, il se fait lui-même sa place, en repoussant les parois ventriculaires; la distension des fibres de ces parois augmente en proportion du sang que les ventricules reçoivent. Cette traction exercée sur les fibres musculaires n'est autre chose que la pression exercée sur les parois du ventricule.

Donc, au lieu que la pression auriculaire diminue pendant la systole de l'oreillette comme le veut M. Beau, il est évident que cette pression augmente depuis le début de cette systole jusqu'à la fin.

Abordant la ligne courbe due aux diverses pressions du ventricule, M. Gavarret donna l'interprétation de MM. Chauveau et Marey qu'on peut lire plus haut (p. 148 et suiv.), et il fit remarquer que M. Beau faisait subitement abaisser la pression dans le ventricule, juste au moment où ce ventricule fermé de toutes parts, gorgé de sang, se contracte assez puissamment pour soulever la colonne sanguine artérielle et distendre l'artère elle-même pour y loger l'ondée sanguine.

M. Beau a prétendu que si l'on introduisait un sphygmomètre dans une artère, on verrait correspondre la diastole de cette artère avec la ligne *v*, *u*, qu'il a dit correspondre à la systole ventriculaire. MM. Chauveau et Marey ont fait cette expérience, et ils ont vu la pulsation artérielle se produire en même temps que se produit la plus grande partie de la ligne *r*, *s*, *v*, qu'ils ont attribuée à la systole ventriculaire.

M. Gavarret ne poussa pas plus loin la critique des doctrines de M. Beau. Cependant il ne voulut pas quitter la tribune, sans mettre son antagoniste en opposition avec lui-même. Il lui démontra que, tandis qu'il soutenait que la diastole auriculaire ne commence qu'après la systole ventriculaire, elle commence au contraire, dans son explication du premier tracé cardiographique (p. 151), au moment où les ventricules sont en pleine diastole.

Voilà pour les mouvements. Voyons ce qui regarde les bruits :

La diastole ventriculaire commence, pour M. Beau, en *r* ;

La diastole auriculaire en *e*.

Le premier bruit se produit donc en *r*;

Le second bruit en *e*.

Mais le point *r* et le point *e* précèdent tous les deux la systole ventriculaire qui ne commence qu'en *v*.

Or, pour M. Beau, le premier bruit et la systole ventriculaire sont synchrones, donc, *a fortiori*, le premier et le deuxième bruit se produisent en même temps.

Ce fut là le dernier mot de l'argumentation de M. Gavarret.

Nous allons assister à celle de M. Parchappe.

L. Mailliot.

— La suite au prochain numéro. —

REVUE DES SCIENCES

APPLIQUÉES A LA MÉDECINE

— SUITE —

MATIÈRE MÉDICALE. — *Découverte des alcaloïdes dans les feuilles du* CINCHONA SUCCIRUBRA, *cultivé dans l'Inde anglaise.* Par JOHN-ELIOT HOWARD. (*Pharmaceutical Journal*, tome V, p. 75.)

Il y a dix mois environ, j'entrepris avec M. Blondeau, pharmacien très-distingué de Paris, de rechercher la présence de la *quinine* et de la *cinchonine* dans les feuilles de quinquina. J'espérais résoudre ainsi un grand problème; en effet, tandis que le prix extrême de la quinine menace d'augmenter par la destruction rapide des arbres que l'on coupe sans règle et sans mesure, la découverte des alcaloïdes dans les feuilles transformerait la coupe des arbres en une récolte réglée et annuelle, semblable à celle des feuilles et fleurs d'oranger. En admettant que chaque arbre rende en moyenne 5 kilos de feuilles par an, et vive 150 ans, ce serait un total de 750 kilos, tandis qu'on ne retire d'un arbre que 10 à 50 kilos d'écorce, c'est-à-dire 15 fois moins.

L'espérance de trouver des alcaloïdes dans les feuilles se basait encore sur l'analogie qui existe entre la feuille et l'écorce elle-même. La feuille n'est en effet qu'une mince écorce tendue des deux côtés sur le réseau que produit l'épanouissement du pétiole.

Malheureusement nous ne pûmes opérer que sur 50 grammes de feuilles, appartenant à des espèces di-

verses et qui nous venaient des herbiers du Jardin des Plantes.

Aussi, malgré tout le soin que nous mîmes à cette recherche, nous ne pûmes constater d'une manière précise la présence de la quinine et de la cinchonine.

Le résidu obtenu était en effet verdâtre, mameloné, et nullement cristallisable; mais cette expérience, quoique incertaine, n'était point négative, car souvent les écorces elles-mêmes donnent une quinine qui ne cristallise pas; les fabricants qui le savent ont soin de les mêler alors à des autres écorces à produits cristallisant, et ils obtiennent ainsi un rendement double de quinine entièrement cristallisable. Mais ce *tour de main*, cette sorte d'entraînement, très-facile quand on opère sur des quantités notables, était impossible pour nous qui n'avions que quelques milligrammes de substance. Nous étions restés dans cette incertitude en attendant un envoi de feuilles de *Santa-Fé de Bogota*, lorsque nous avons eu connaissance du travail suivant, de M. *Eliot Howard*, dont voici le résultat qui confirme nos prévisions.

M. *Howard*, ayant reçu du sous-secrétaire d'État chargé des affaires de l'Inde, mission d'examiner les différentes parties de cette plante, a trouvé jusque dans les feuilles une notable quantité de quinine, de cinchonidine et de cinchonine.

Cette découverte paraît confirmer l'opinion qu'il a émise sur la formation des alcaloïdes par une réaction qui s'établit entre une substance mère qui, trouvée dans le cœur du bois, est charriée dans les feuilles par la circulation de la séve, et l'ammoniaque renfermée dans toutes les parties de la plante, d'après le Dr de Vry. La substance mère se dissout dans l'éther en se colorant en jaune, l'addition de la quinine l'en sépare sous la forme d'une masse floconneuse qui, soumise à une deuxième cristallisation, revêt des formes semblables à celles des cristaux qu'il a dessinés, les ayant trouvés *in situ* au sein de l'écorce elle-même. Le

rouge cinchonique paraît se former en même temps, et colore les flocons en rouge ou plutôt en rose. Il a trouvé dans les feuilles une grande quantité d'acide quinonique, qui, séparé de la chlorophylle adhérente, devient parfaitement blanc et semblable à celui de l'écorce.

Il est accompagné de gomme et de beaucoup de résine et de *quinate de chaux*. Pour contrôler les résultats de l'analyse des feuilles, il a examiné avec le même succès des pétioles unis et creux dans leur partie la plus rapprochée du point d'insertion de la feuille; ils ont fourni une proportion analogue mais un peu plus considérable de quinine d'un autre alcaloïde insoluble dans l'éther. Il en a conclu que la formation de la quinine, si elle continue dans l'écorce, commence par les feuilles et augmente avec le degré de maturité de l'écorce; son produit subit plus tard l'altération dont il a parlé ailleurs. S'il en est ainsi, la quinine doit se trouver jusque dans la séve, et s'il s'en forme dans les feuilles qui ne contiennent certainement pas de fibres du liber, l'hypothèse que ces dernières sont essentielles à la formation des alcaloïdes ne peut plus être soutenue.

PHYSIQUE. — *De la divisibilité de la matière dans ses rapports avec les dilutions homœopathiques.*

Nous détachons d'une note de M. Gaudin, présentée à l'Académie des sciences sous le titre de *Morphogénie moléculaire*, les lignes suivantes :

« On ne s'est jamais bien figuré la prodigieuse ténuité des molécules. En prenant pour point de départ l'organisation des infusoires les plus minimes qui ne dépassent pas un millième de millimètre de diamètre, et qui cependant se meuvent avec la plus grande agilité, on est forcé d'admettre qu'ils possèdent des appareils de locomotion servis par des muscles et des nerfs, des membranes, des vaisseaux de nutrition et de circulation, des centres nerveux, et formés de molécules organiques de nature gélatineuse, albumineuse, fibrineuse, etc., très-compliquées, qui ne peuvent pas être en nombre moindre de quatre ou cinq mille, suivant un même alignement figuré dans un sens diamétral. Ce nombre peut être beaucoup plus grand, mais il ne saurait être moindre. Dans ce cas on est amené à conclure que le plus petit cristal cubique, d'un millième de millimètre de côté, à peine visible au microscope comme l'infusoire lui-même, renferme cependant *plus de cent miliards de molécules*, rangées avec une parfaite symétrie, en raison de leur forme géométrique, qui se trouve dessinée par les lignes idéales joignant les atomes dans leur position moyenne d'oscillation perpétuelle. »

Or, si ce nombre existe dans un cube de 1 millième de diamètre, un cube de 1 millimètre, qui représente environ 1 grain de substance, c'est-à-dire le point de départ des dilutions homœopathiques (pour les substances les plus pesantes) représentera une somme de molécules 1 million de fois plus forte et exprimée par ce chiffre: 10,00,00,00,00,00,00,00,00. Tel est aussi le nombre qui correspond à la 9e dilution, en sorte que nous pouvons affirmer que la présence du médicament en substance est possible au moins jusqu'à la 9e dilution. Voilà donc un grand pas de fait, et les esprits pratiques, qui ne veulent céder qu'aux démonstrations mathématiques, pourront, sans crainte de se déshonorer, croire aux effets de nos remèdes.

CH. OZANAM.

BULLETIN

I. *Études de matière médicale et de thérapeutique*, par ANTOINE PETROZ, mises en ordre, annotées et précédées d'une introduction par le Dr A. CRETIN. 1864.

II. *De l'homœopathie..... Il faut en finir avec elle*, par le Dr A. CHARGÉ. 1864.

III. *Comment on devient homœopathe*, par le Dr ALPHONSE TESTE. 1865.

I

Le Dr Petroz a été une des grandes figures médicales de notre époque. Ce ne fut assurément ni un chef d'école, ni un de ces maîtres dont l'enseignement ou les œuvres éclairent une partie de la science d'un jour nouveau et marquent une découverte ou un progrès. Quels que soient le pieux respect, la juste admiration de son reconnaissant disciple, nous ne pouvons voir dans Antoine Petroz qu'un de ces grands praticiens qui sont, de temps à autre, l'honneur de notre art et comme d'illustres modèles proposés par la Providence à l'imitation des autres médecins

Ces types ne sont pas très-rares : notre génération se souvient,

entre autres, des Double, des Récamier; qu'ils soient ou non chargés de fonctions officielles, ce qui fait la supériorité de ces hommes, c'est le rang qu'ils occupent dans la pratique de la médecine, leur autorité au lit du malade, leurs succès, la légitime confiance qu'inspirent leur savoir, leur intelligence, la dignité de leur caractère. Le Dr Petroz était un de ces personnages hors ligne, un de ces médecins faits pour occuper le premier rang. Admirablement doué, et comme prédestiné à ce rôle, de haute taille, de constitution robuste, ayant une tête magnifique, un port plein de dignité, une physionomie calme, ferme, imposante et douce à la fois; parlant peu, mais à temps, avec précision et en maître; sachant observer, écouter, attendre; grave, mais affectueux et dévoué; bon avec les pauvres et les petits, fier vis-à-vis des grands; avec tout cela, profondément instruit, connaissant à fond les maladies, possédant un tact médical parfait, sachant merveilleusement manier les ressources de la thérapeutique; ayant de plus à un haut degré le respect de sa profession, du malade et de lui-même; tel a été, parmi nous, A. Petroz; tel nous l'avons connu de près ou de loin; tel nous l'avons honoré et nous le voyons encore, dans notre respectueux souvenir, moins, il est vrai, comme un de ces savants ou de ces esprits supérieurs, gloire et lumière d'une science, que comme un de ces grands artistes, l'honneur de certaines professions libérales, qui laissent après eux une place longtemps vide, de beaux exemples, d'amers regrets, et qu'il est plus facile de louer que d'imiter.

Né en 1781, en Savoie, à Montmélian, élève des Oratoriens de Rumilly, étudiant à Lyon, interne de l'Hôtel-Dieu de cette ville, Petroz vint en 1808 se faire recevoir docteur à Paris, attiré (pensée touchante!) par l'espoir d'y retrouver un oncle paternel, vieux dominicain expatrié, presque nonogénaire, et dont on n'avait pas entendu parler depuis vingt-cinq ou trente ans.

Ce fut là le motif qui lui fit préférer Paris à Montpellier, où ses sympathies l'appelaient. Il y resta pour ne pas abandonner un vieillard dont il était la consolation et la joie, et malgré le bienveillant appel que lui faisaient les administrations des hôpitaux de Lyon, et l'avenir brillant que leurs offres et son mérite lui promettaient.

Recommandé par son vieil oncle au vénérable curé de Saint-Eustache, il dut à ce dernier ses premiers honoraires, 50 francs par an, et ses premiers malades, c'est-à-dire des pauvres.

La Providence bénit son dévouement : la clientèle, la réputation lui vinrent avec l'amitié et la collaboration des célébrités de l'époque. Sa

thèse, sur *quelques rapports de l'histoire naturelle avec la médecine*, avait fixé l'attention de ses maîtres, et en particulier de Hallé. Son mérite fut apprécié d'Antoine Dubois, de Landré-Beauvais, de Corvisart. Il fut appelé à prendre part à la rédaction du *Dictionnaire des sciences médicales*, où il rédigea les articles ANTIPATHIE, ART, ATRABILE, TORTICOLIS, HÉMICRANIE, etc.

Il épouse en 1813 la sœur de son condisciple et ami le Dr Esparron, et, jusqu'en 1832, voit sa réputation grandir avec ses succès dans la pratique de son art. Mais à cette époque un coup terrible le vient frapper : il perd subitement sa femme, d'une affection gangréneuse, et lui-même manque de succomber au choléra. Il se rend en Suisse pour rétablir sa santé, et y trouve ce qu'il n'allait pas y chercher, non pas ce qu'on pourrait appeler sa conversion, mais son initiation à l'homœopathie, au contact affectueux et éclairé des Drs Desaix et Dufresne.

C'est dans cette mémorable crise que se manifeste toute la droiture, toute la bonne volonté, toute la généreuse résolution de ce noble esprit. Bien différent de tant de ses contemporains, qui ne veulent pas refaire ou compléter leur éducation médicale, sans préjugé, sans faiblesse comme sans orgueil, il se remet à l'étude : à cinquante et un ans, il apprend l'allemand pour lire Hahnemann et ses premiers disciples ; il donne ses *Lettres à un médecin de province*, s'associe au Dr Roth pour la traduction du *Manuel de Jahr* et la publication de la *Clinique homœopathique ;* il travaille, en collaboration, à la *Revue critique et rétrospective de la matière médicale spécifique*, au *Journal de la Société homœopathique ;* il compulse tous les traités de matière médicale, fait sur lui-même et sur des personnes dévouées l'essai de plusieurs médicaments, publie des *pathogénésies* remarquables, compose enfin son *Répertoire*, résumé de longs travaux, se livre aux occupations incessantes d'une immense clientèle, donne ses soins aux pauvres dans les dispensaires, préside les Sociétés homœopathique, gallicane, se met en rapport avec Hahnemann lui-même et ses principaux disciples, et se fait, en un mot, l'apôtre et le vulgarisateur en France de la nouvelle thérapeutique.

Depuis cette époque et jusqu'à sa mort, Antoine Petroz ne cessa de tenir le premier rang parmi les défenseurs et les représentants de l'homœopathie, mais avec une indépendance, une largeur de vue, un respect de la tradition, qui le préservèrent heureusement de tout fanatisme et de toute servilité à l'égard de la parole du réformateur. Honoré de tous, même de ses adversaires,, ayant les plus belles relations, re-

cherché de l'élite de la société, il occupa, jusqu'à sa mort, la plus haute position médicale qu'il soit possible d'acquérir en dehors de l'enseignement officiel, des hôpitaux et des académies.

Enfin, après une carrière si honorablement, si laborieusement remplie, après avoir traversé de cruelles épreuves, après avoir eu la douleur de perdre une seconde femme, partageant ses dernières années entre les soins d'une nombreuse consultation et un repos de trois jours par semaine, à la campagne, où il donnait encore des avis gratuits à de pauvres malades, A. Petroz succomba, dans sa 79e année, à une dysentérie grave, et il couronna sa longue et belle vie par une mort franchement chrétienne.

On ne saurait trop louer le respect filial avec lequel M. Cretin a rassemblé les travaux épars de ce second patriarche de l'homœopathie, et les a fait précéder d'une introduction à laquelle nous avons emprunté les détails qui précèdent. On peut différer d'opinion sur plusieurs points avec le biographe et le commentateur; on peut ne pas voir Pétroz absolument tel qu'il le représente, ayant des idées d'ensemble, un système arrêté, même dans la première phase de sa vie, le mépris de tout *dogmatisme* (1), une confiance absolue dans l'*expérimentation* et le *positivisme* des faits, et mêlant, en philosophe, un fonds de rationalisme et de déisme aux actes religieux de sa dernière heure. On peut ne pas partager l'admiration du disciple pour plusieurs des premiers travaux de Petroz, pour des vues émises à différentes époques de sa vie, et auxquelles lui-même n'attachait sans doute plus grande importance. Il est surtout permis d'être étonné de voir figurer parmi les idées d'Antoine Petroz quelques-unes de celles de M. Littré et même de P.-J. Proudhon; mais sous le bénéfice de ces réserves, et en faisant assez bon marché de la partie de l'ouvrage où M. Cretin a rassemblé les études qu'il appelle *classiques* (la thèse inaugurale et les articles de dictionnaire), et auxquelles Pétroz lui-même n'aurait peut-être pas voulu donner ce nom, nous félicitons hautement l'élève d'avoir pieusement recueilli les vrais travaux du maître, c'est-à-dire ses études homœopathiques. Sans en exagérer la valeur, on peut dire que ce sont là les vrais travaux de Pétroz, ceux qu'il avait eu l'intention de publier de son vivant et pour lesquels il avait déjà écrit les premières pages d'une

(1) M. Petroz ne nous paraît pas aussi *antidogmatique* : nous nous souvenons qu'il félicitait un jour un élève de Tessier d'avoir un maître qui lui avait appris la pathologie générale.

préface, ceux enfin qui méritaient le plus d'être conservés comme le seul et véritable héritage du grand praticien.

Ces travaux sont :

1° *Cinq lettres sur l'homœopathie à un médecin de province*, où l'auteur oppose à l'anarchie de la médecine et surtout de la thérapeutique, au scepticisme qui en est la conséquence, la réforme de Hahnemann, la méthode expérimentale;

2° Des *Mélanges*, comprenant l'*opinion* de Petroz *sur les questions soulevées par le Dr Amand* sur des points douteux de la doctrine de Hahnemann et à propos desquels l'auteur revient aux principes traditionnels de la pathologie, ébranle la théorie de la psore, et en appelle à l'expérience pour juger le problème des doses. Ces *Mélanges* comprennent aussi un *mémoire sur la sycose*, un *essai sur l'érysipèle*, des notes critiques sur le traitement de la fièvre typhoïde;

3° Viennent ensuite des *Observations cliniques* sur un nombre assez considérable de maladies;

4° Des *renseignements pratiques* sur l'action locale des médicaments;

5° Des considérations sur les indications de certains *moyens accessoires et adjuvants*, tels que la *saignée*, la *dérivation*.

6° Les *pathogénésies* de l'*acidum benzoïcum*, de l'*aconitum lycoctonum*, de l'*actæa spicata*, de l'*æthusa cynapium*, de l'*allium sativum*, de l'*asterias rubens*, du *bovista lycoperdon*, du *gadus*, du *guaræa*, du *kadmium sulfuricum*, du *murex purpurea*.

7° Enfin le volumineux *Répertoire de matière médicale*, comprenant les symptômes produits chez l'homme sain par l'expérimentation pure des médicaments, les symptômes développés par les mêmes médicaments chez les malades, enfin les symptômes amendés et guéris d'après l'observation clinique.

Bien que M. Cretin ne fasse « aucune difficulté de convenir que, sous le rapport scientifique, le *Répertoire* soit « de beaucoup inférieur aux autres travaux de A. Petroz, » ce volumineux recueil nous paraît avoir une réelle utilité.

Quoi qu'il en soit, il faut savoir gré à M. Cretin de l'importante publication à laquelle il a consacré son talent, ses veilles, et toute l'ardeur de sa pieuse admiration. Sans doute nous maintenons nos réserves, mais, bien que ne partageant pas son enthousiasme pour toutes les parties trop disparates d'une œuvre morcelée et inachevée, nous proclamons bien haut qu'il a élevé un véritable monument à la mémoire de son vénéré et très-vénérable maître, et qu'il a ainsi dignement payé la dette de la reconnaissance.

II.

D'Antoine Petroz à M. Chargé la transition n'est pas difficile. Défenseurs tous deux d'une juste cause, représentants renommés de l'homœopathie en France, ils ont combattu, selon la nature diverse de leur caractère et de leurs talents et dans des milieux différents, sous un même drapeau. Doué, comme Petroz, de ces qualités naturelles et de ces aptitudes qui prédisposent aux grands succès dans la pratique de la médecine, M. Chargé a brillé et brille encore aux premiers rangs des sectateurs de Hahnemann. Avec cette fougue et cet enthousiasme qu'il porte partout, il vient d'écrire, en panégyriste convaincu, un chaleureux plaidoyer en faveur de l'homœopathie.

Il commence par dire que les leçons de l'*expérience* l'ont converti et convaincu; il montre ensuite l'ignorance, le peu de bonne foi, l'inconséquence de ses adversaires. Comment Hahnemann a-t-il procédé? Par l'étude, par la science, par l'observation. Il nous rappelle l'unique et magnanime exemple du grand réformateur réduit au scepticisme par le néant de la thérapeutique, se croisant stoïquement les bras, renonçant à une pratique inutile ou dangereuse, et se condamnant à une vie de privations et de douleurs en haine d'un art qui lui donnait trop *arbitrairement* droit de vie et de mort sur ses semblables. Ce n'est que vingt ans après qu'il publie l'*Organon;* ce n'est que sur l'expérimentation pure et l'observation qu'il base sa doctrine; ce n'est que par l'expérience qu'il trouve et qu'il démontre la loi de similitude; ce n'est enfin qu'en s'appuyant sur les faits qu'il arrive progressivement à l'emploi des doses infinitésimales. Et c'est une vérité qui repose sur ce solide « trépied », qu'ose accueillir, avec un inexcusable dédain, la science de nos modernes observateurs, si fière de sa méthode expérimentale et si humble devant les faits!

M. Chargé trouve inscrite partout la preuve du grand principe qu'il défend et qui, selon lui, est la source unique, connue ou inconnue, avouée hautement ou hypocritement dissimulée, de toute guérison, dans tous les temps et dans tous les lieux, depuis le traitement du choléra (dans Hippocrate) par l'ellébore (*veratrum*), jusqu'aux aveux du Dr Munaret qui guérit la pléthore avec l'aconitine, la constipation avec la strychnine, la fièvre intermittente avec l'acide arsénieux; jusqu'à MM. Trousseau et Pidoux, avouant que *les faits fourmillent* en faveur de l'action prophylactique de la belladone contre la scarlatine, mais n'en déclarent pas moins qu'ils ne peuvent à cet égard que *rester dans le doute* et *récusent les conclusions des praticiens*.

La défense de M. Chargé est serrée, elle est ferme, elle est juste; mais elle ne fait pas de concession. Pétroz, nous l'avons vu, avait reconnu, dans les idées du maître, des parties faibles, des points à élucider. M. Chargé ne cède rien, ni sur la trop grande négligence de Hahnemann pour la *maladie*, ni sur la théorie de la psore, ni sur les trois maladies chroniques. M. Chargé est un homœopathe *de la veille*, c'est un *pur* hanhemannien.

Nous aimons mieux la leçon qu'il donne aux contempteurs des doses infinitésimales et aux aligneurs de zéros. A ceux qui ne comprennent pas les premières, il répond : « En médecine qu'avons-nous à comprendre? les faits de pratique les plus heureux ont été de tout temps obtenus par les moyens qui étaient le moins compris. Si j'avais attendu de comprendre la vaccine pour vacciner, j'aurais eu à me reprocher le sort de bien des victimes de la petite vérole; si j'avais attendu de comprendre l'action du quinquina pour l'employer dans les affections périodiques, je me serais privé de grandes satisfactions. » Si on lui objecte que la raison ne peut admettre l'efficacité des atténuations : « On a tort, répond-il, la raison n'est pas mon criterium, c'est l'expérience. » Et de plus, il démontre par de nombreux faits pris dans la nature, que les « imperceptibles, les impondérables, les infiniment petits donnent sûrement la vie (1), la mort (2), la maladie (3); il serait bien étonnant qu'il n'y eût que la santé qu'ils ne pussent pas donner. »

M. Chargé fait ensuite un rapide historique des progrès de l'homœopathie souffrante et militante. Il rappelle les persécutions subies par Hahnemann d'abord, puis par ses premiers disciples. Il énumère ensuite la nombreuse série d'injustice de notre époque; en France, l'animosité aveugle des Académies et des Facultés; Risueno d'Amador méconnu; Tessier mourant à la peine; ses élèves exclus des hôpitaux; les sociétés médicales, les bureaux de bienfaisance excluant à leur tour les médecins *suspects*.

Dans l'état présent des choses et après les succès de l'homœopathie en Europe et en Amérique, après la reconnaissance officielle chez plu-

(1) Un globule aqueux *spermatisé* contenant deux billionièmes de grain de semence opère une fécondation.

(2) Un millième de grain du venin de la vipère suffit pour tuer un moineau. Voyez aussi les expériences de Bouchardat empoisonnant des poissons avec des doses vraiment infinitésimales.

(3) Miasmes paludéens, contagions, inoculations, vaccine, etc.

sieurs grandes nations, après la concession de chaires et d'hôpitaux existant à Vienne, en Allemagne, en Angleterre, dans le Nouveau Monde, qu'y a-t-il à faire en France?

M. Chargé ne désespère pas. Ce n'est pas sans quelque amertume qu'il s'élève contre ceux qui manifestent une tendance trop évidente à amoindrir Hahnemann et son enseignement. Aussi demande-t-il hautement « *qu'on utilise*, au profit de l'homœopathie, les premiers combattants, les plus passionnés. »

«De deux choses l'une, dit-il, en concluant : ou l'homœopathie est un mensonge, et alors elle est pour la société le pire des fléaux; ou elle est une vérité, un progrès en médecine, et alors elle est pour nous une conquête inappréciable : dans le premier cas, la loi doit la frapper, je le demande au nom du respect dû à la vie des hommes; dans le second, l'autorité, qui est placée bien au-dessus des passions médicales, lui doit sûrement aide et protection.»

Dans tous les cas, «*il faut en finir avec l'homœopathie.*» — Pour en finir avec elle, il faut, ou la proscrire, ou lui assurer une place libre et indépendante...; «il faut qu'elle ait à sa disposition pleine, entière, sans entraves, des hôpitaux et des cliniques; l'autorité seule peut les donner, adressons-nous à l'autorité.....»

L'autorité entendra-t-elle ce juste appel? Nous le désirons, comme nous souhaitons avec M. Chargé que les médecins ne soient plus «divisés en deux camps ennemis, dont l'un est l'oppresseur et l'autre l'opprimé..... Et quand l'expérience publique aura parlé, qu'il n'y ait plus ni *allopathes,* ni *homœopathes*, mais seulement *des médecins.*» C'est avec joie que nous voyons l'un des «premiers combattants, des plus passionnés» se rallier aussi franchement à ce vœu, formulé, dans *l'Art médical*, depuis longtemps déjà, mais sans écho, par les combattants non moins dévoués du *lendemain.*

III

Après l'apologie ardente, la simple causerie; après l'histoire, le récit; après la brochure de M. Chargé, le petit livre de M. Teste. M. Teste est un homme de science, d'esprit et surtout de bon sens. Il a raconté *comment on devient homœopathe* avec une simplicité, un naturel, une sincérité qui touchent. Bien des gens diront en le lisant : « Voilà le livre d'un honnête homme. » On y respire, en effet, je ne sais quel parfum de vérité qui vous charme et vous pénètre.

Il commence par se faire à lui-même son propre procès : lui aussi il a jeté la pierre à la réforme d'Hahnemann; lui aussi il a ce péché sur la conscience d'avoir méprisé, outragé ce qu'il ne connaissait pas. « On en revient, dit-il, de ces opinions primesautières, de ces déductions inconsidérées, et j'en suis la preuve, mais on en revient toujours trop tard; car « l'expérience, dit un écrivain célèbre, est une flamme qui ne nous éclaire qu'en nous dévorant. »

L'auteur raconte ensuite ses premiers rapports avec trois médecins homœopathes dont il nous donne le portrait : Frappart, l'apôtre chevaleresque, stoïque et peu tolérant du *progrès* en tout genre, le simple et honnête Giraud, enfin Petroz, « le type idéal et par excellence du médecin » : il raconte l'influence qu'ils exercèrent sur lui, ses discussions, ses résistances, son étude interrompue, puis reprise de la *matière médicale pure,* les cures extraordinaires faites, à sa barbe de sceptique, par la médication des semblables, sa propre guérison d'une affection des bronches rebelle à tous les moyens connus, sa conversion enfin complète et définitive à la nouvelle thérapeutique.

Tous ces récits sont pleins de vivacité, de verve, d'esprit et de sentiment. — Une fois guéri de cette affection si rebelle, « je n'avais, dit-il, qu'une idée : voir Giraud; me jeter dans ses bras..... je sortis donc pour me rendre chez Giraud. Je marchais d'un pas précipité, fier de marcher ainsi. Je crois que dans ce moment le retour d'une quinte m'eût poussé au suicide. Du plus loin que j'avisais, dans la rue, des personnes de ma connaissance ou même que je connaissais à peine, je courais à elles pour leur faire part du *miracle* de ma guérison. Les uns me félicitaient cordialement, mais sans partager mon enthousiasme; les autres ne m'écoutaient qu'avec distraction et par pure politesse; d'autres enfin, des esprits forts, semblaient prendre en compassion ma puérile crédulité : « C'est que vous deviez guérir, me disaient-ils en souriant d'un air qui signifiait clairement : « Notre opinion là-dessus est *archifaite,* et il faudrait, pour l'ébranler, autre chose que vos contes bleus. » Je les aurais volontiers pris à la gorge..... »

M. Teste passe ensuite au développement rapide des idées générales de Hahnemann, qu'il avait d'abord d'autant plus de peine à s'assimiler qu'il était encore tout pénétré de celles de Cabanis et de Broussais, ses premiers maîtres; du reste, quel que soit son respect pour son nouveau guide, il avoue qu'il n'est pas toujours en *parfaite concordance* avec lui. C'est ce qui ressort en effet de la lecture de vingt-deux propositions que nous n'avons ni le temps, ni l'intention d'examiner ici, ce qui ne veut

pas dire qu'elles nous paraissent irréprochables (1). Ce qu'il faut reconnaître c'est que, pour s'y élever, l'auteur a laissé bien loin ses premiers maîtres.

Ses nouvelles études l'ont rendu vitaliste, spiritualiste et quelque chose de plus. « Plus on approfondit, dit-il, les rapports généraux des substances réputées médicamenteuses avec les maladies auxquelles l'homme est sujet, plus on est frappé de cette circonstance curieuse, à savoir : que c'est précisément dans les lieux où règnent endémiquement certaines affections pathologiques que, par une admirable prévoyance du Créateur, se rencontrent en abondance les produits de la nature les plus capables de les guérir.. : Ainsi la *douce-amère*, qu'on oppose si souvent avec succès aux effets d'un séjour accidentel ou prolongé dans une atmosphère froide et humide, affectionne justement les lieux frais et humides. L'*aconit*, au contraire, qui croît sur les montagnes, correspond surtout, comme on le sait, à la fièvre inflammatoire et aux phlegmasies franches, auxquelles la vigueur habituelle de leur constitution et leur tempérament sanguin exposent particulièrement les habitants des régions montagneuses. Tandis que la noix vomique, qui est si souvent d'un heureux emploi dans la dysentérie d'été et les fièvres bilieuses, se récolte dans l'Inde, terre classique de ces sortes d'affections... » Le *lycopode*, seul médicament peut-être qui ait guéri la plique, abonde en Pologne ; le cédron, merveilleux antidote des venins du crotale et du serpent corail, dans la patrie de ces reptiles, etc., etc. M. Teste va plus loin : il croit entrevoir un rapport entre l'époque de l'apparition périodique de certaines maladies et celle où fleurissent certaines plantes, où mûrissent certains fruits, propres à les guérir...., Enfin, il termine ainsi ce passage plein d'idées neuves, élevées ou profondes : « Presque toujours dans la nature, le remède est à côté du mal. L'instinct des animaux leur fait quelquefois trouver celui-là sans effort. tandis que l'homme a toujours besoin de le chercher pour le découvrir ; mais Dieu lui a donné pour cela l'intelligence. »

M. Teste descend de ces hauteurs aux régions plus humbles de la pratique. Il nous donne des observations intéressantes et curieuses de guérisons de méningite, de pemphigus, d'arthrite chroniques, d'asthme, de teigne granulée, d'anémie (2), de pneumonie chronique (3), de névralgie,

(1) Pas plus qu'un certain passage sur le *merveilleux*, qui laisse à désirer.

(2) Nous aurions dit *chlorose*.

(3) Que notre honorable confrère nous permette de donner à cette

de gastralgie, de fièvre intermittente, de fièvre pernicieuse, d'épilepsie, d'hydrocéphale aiguë. Plusieurs de ces cas étaient désespérés et déclarés tels par des médecins d'un grand mérite. M. Teste en destine et en recommande la lecture aux médecins ennemis de l'homœopathie. Les liront-ils? il est permis d'en douter. L'auteur cependant leur donne mille bonnes raisons de le faire. Il en est une très-persuasive, si les hommes n'avaient des oreilles pour ne pas entendre et des yeux pour ne pas voir, c'est la confiance absolue jusque dans les angoisses de la mort, que tous les médecins homœopathes ont eue pour l'homœopathie. C'est là un témoignage irrécusable au moins de leur bonne foi. M. Teste le fait valoir avec une chaleur de conviction, avec des paroles sympathiques bien propres à persuader, si le préjugé, le parti pris, l'aveuglement volontaire, pouvaient se laisser toucher.

Enfin ce livre intéressant et d'une lecture si facile se termine par deux chapitres sur les *aggravations médicamenteuses et la question posologique* qui ne peuvent guère s'analyser. D'ailleurs, ils touchent à une question brûlante, presque personnelle, sur laquelle déjà *l'Art médical* s'est longuement et nettement expliqué. Il suffit de rappeler que nous sommes sur ce point en parfait accord avec M. Teste comme avec l'immense majorité des médecins dits homœopathes dont il invoque aussi l'exemple et l'autorité. C'est un trait d'union de plus, nous sommes heureux de le proclamer, qui nous rapproche de cet excellent esprit.

ALPH. MILCENT.

VARIÉTÉS

BROUSSAIS HOMOEOPATHE.

On a dit que Broussais *était mort homœopathe*. Voici une consultation signée de lui qui pourrait servir de preuve à cette proposition. Nous l'extrayons du livre de M. Cretin dont nous avons parlé plus haut, avec quelques réflexions qu'il y ajoute. Cette pièce est vraiment curieuse.

A. M.

maladie un autre nom. S'il nous eu demande les raisons, nous les lui dirons.

« C'est le propre du génie de tomber de haut et, dans les chutes les plus profondes, de ne jamais perdre de vue la vérité.

« Sept ans plus tard, en **1836**, Broussais n'a pas abandonné, dans la pratique, la méthode antiphlogistique à outrance. Mais l'audace du révolutionnaire a fait place à l'hésitation du penseur, l'enthousiasme du sectaire au calme de l'observateur. Conférant avec M. Petroz au sujet d'un malade, il propose encore les émissions sanguines. Mais il ne les regarde plus que comme un pis aller; et, déplorant les lacunes de la science, il s'écrie : « Que voulez-vous faire, tant que nous n'aurons pas « de modificateurs de l'organisme? »

« Enfin, en **1838**, il emprunte à l'homœopathie ses modificateurs, ses agents, ses atténuations, qu'il réduisait avec une telle assurance, en **1829**, à si peu que rien. Qu'on lise la consultation suivante, remise à M. Petroz par le malade lui-même, du vivant de Broussais, et avec l'autorisation de la publier :

« La maladie de peau dont M. *** est affecté n'est pas facile à caractériser, parce qu'on manque de faits parfaitement analogues. Toutefois elle a son siége dans le système capillaire sanguin de la peau, et rien n'indique que celui des autres régions du corps en soit menacé. On a soupçonné une altération dans la composition du sang; mais, en admettant cette hypothèse, on ne se rendrait pas compte de l'état parfaitement sain des organes les plus sanguins, tels que les poumons, la rate, le foie et tout l'appareil viscéral en général, ainsi que les tissus cellulaire et aréolaire qui leur servent de moyen d'union. On n'observe, en effet, ni ecchymoses, ni hémorrhagies, ni chlorose, ni perte de contractilité musculaire, ni dans les sécrétions de traces d'altération des fluides.

« La peau seule est malade et l'affection qui s'y multiplie maintenant semble y être demeurée circonscrite pendant plusieurs années. Or les maladies d'un point de la peau se propagent facilement au reste, sans que l'on puisse en conclure à une altération des fluides, tant que les sécrétions de la peau, résorbées, ne les ont point infectés.

« L'opinion du soussigné serait en conséquence que l'action médicatrice fût dirigée spécialement sur la peau et qu'on n'agît par l'intérieur que dans le but de déterminer une réaction sur cette enveloppe, et surtout qu'on ne s'exposât pas à provoquer dans l'appareil digestif une irritation capable d'y développer un état d'inflammation chronique; car c'est par là qu'on échoue bien souvent dans le traitement des maladies cutanées.

« La difficulté est de déterminer quels sont les moyens qui pourront exercer sur la peau une action favorable, soit qu'on les lui applique, soit qu'on les porte à l'intérieur. Il est dificile de procéder ici d'une manière rationnelle, et l'on est réduit à recourir à la voie empirique, en essayant les différents médicaments qui sont reconnus pour avoir de l'action sur la peau; mais il faut le faire avec précaution, de peur de porter trop loin l'irritation, et d'avoir à se repentir d'une médication trop active en voyant naître une duodénite, une hépatite, une entérite, ou même une irritabilité vicieuse de l'estomac, infirmités qui n'existent pas présentement et qui sont presque inévitables si l'on persévère opiniâtrement dans l'emploi des stimulants à haute dose. Je serais même d'avis que M. *** se préparât à son traitement par une saignée du bras de quatorze à seize onces.

« A la tête des moyens qui modifient la peau avec le plus de puissance et avec le meilleur résultat, dans les affections chroniques dont elle peut être le siége, se trouvent le soufre et ses diverses préparations. On pourrait donc faire usage de bains de Baréges factices à la dose de trois gros de sulfure de potasse, avec demi-gros d'acide sulfurique par bain. M. *** prendrait en même temps à l'intérieur chaque matin demi-verre d'une eau distillée très-pure, sur chaque bouteille de laquelle on aurait mis une goutte de teinture sulfureuse bien purgée d'acide.

« Deuxièmement, si ces premiers moyens ne réussissaient pas, on pourrait essayer l'acide nitrique bien pur : M. *** le prendrait, à l'intérieur, à la dose de deux gouttes sur une demi-bouteille d'eau distillée dont il boirait deux cuillerées à bouche tous les matins. En même temps il prendrait tous les trois jours un bain à 26°, où il aurait fait jeter demi-gros de même acide. Il faut essayer de ce moyen comme du précédent pendant dix, douze ou quinze jours pour juger si l'on peut espérer d'en obtenir quelque effet.

« Troisièmement, l'arsenic ne nous paraît pas à dédaigner, mais il ne faudrait en user qu'à l'intérieur et à très-faible dose, car je crois que les médicaments héroïques peuvent se fractionner beaucoup avec avantage, sans porter les atténuations au degré où les portent les homœopathes. Je conseillerai donc un cinquantième de goutte de la teinture de Fowler étendu dans une pinte d'eau dont on prendrait un demi-verre chaque matin pendant dix jours : on en verrait l'effet; cela ne coûte guère. Si l'on y joint quelques bains, ils seront simplement préparés avec du son, pour entretenir la souplesse de la peau. Ces bains pourront aussi être alternés avec les bains médicamenteux prescrits plus haut; mais il n'en faut prendre qu'un ou deux par semaine : deux le plus ordinaire-

ment, dans tous les cas. M. *** désire prendre les bains à 24° ou 26° au plus : cette température peut convenir.

« Quatrièmement, la *clematis erecta* porte à la peau : j'essaierais d'en faire infuser une feuille (deux grains de l'herbe fraîche ou plutôt des sommités) dans un verre d'eau bouillante, et de prendre cela le matin, coupé avec du lait. Cette infusion peut modifier les capillaires sanguins de la peau. Prendre cette infusion au lit.

« Cinquièmement, enfin, si tout était intile, j'aurais recours à la préparation dite *mercure soluble* de Hahnemann. J'en ferais triturer un grain avec vingt grains de sucre bien pur, et cela serait pris à la dose d'un grain tous les matins, buvant par-dessus une tasse de lait.

« Toutes ces doses sont minimes, mais on ne court aucun danger à les essayer; et, si l'on en obtenait quelque chose, on pourrait partir de là pour faire de nouvelles prescriptions; car il y a encore d'autres médicaments utiles qui peuvent agir sur la peau, mais il faut être guidé par l'analogie et les résultats.

« Le régime doit être simple, nourrissant, sans être échauffant; bonne soupe grasse, viande de boucherie et volaille, avec quelques légumes tendres, et des œufs frais; point de coquillages, de champignons, de truffes, de gibier, etc., etc.; point de café, de thé, de poivre, d'épices, d'acides autres que ceux qui sont prescrits; lait au déjeuner, eau rougie pour boisson; exercice modéré. « Broussais.

« Paris, le 13 mai 1838. »

« Ainsi, le doute n'est plus possible : au terme de sa vie, Broussais arrivait tout droit à l'homœopathie. Aux dénégations de quelques-uns de ses disciples et de la presse médicale, il suffit d'opposer les faits. Et maintenant, lequel de Broussais ou d'Antoine Petroz, en 1829, voyait juste et de loin? de Broussais condamnant l'homœopathie à une ruine prochaine; ou d'Antoine Petroz appelant de cet arrêt et appliquant, comme une prophétie, au juge mal éclairé ces paroles de Voltaire : « Beaucoup de gens écrivent aujourd'hui qui se rétracteraient demain s'ils osaient. »

« Broussais était trop grand pour ne pas oser. Il a osé, trop tard, hélas! pour le progrès de la science, mais assez tôt pour sa propre gloire, puisqu'en mourant il a porté ce dernier coup au préjugé, et remporté sur lui-même sa dernière et sa plus éclatante victoire. »

Le Rédacteur en chef, Jules Davasse.

PARIS. — IMPRIMERIE A. PARENT, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

L'ART MÉDICAL

MAI 1865

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 1er ARTICLE —

Nous n'avons point le droit de nous étonner de l'opiniâtre résistance qui fut opposée — il y a déjà un gros quart de siècle — à l'avénement de la diathèse purulente intronisée dans la science par notre excellent et regretté maître, J.-P. Tessier. Et nous ne sommes pas autrement surpris de voir les heureux résultats qu'un tel progrès vient accomplir, encore aujourd'hui, par beaucoup de personnes, discutés et contestés.

Cette grande œuvre est généralement restée, et devait presque nécessairement rester, pendant un temps, méconnue : méconnue dans sa vérité doctrinale, méconnue dans sa réalité objective, méconnue dans sa fécondité pratique. Les nosologistes n'ont point considéré les *principes* sur lesquels elle repose, les observateurs n'ont pas suffisamment aperçu les *faits* qui la motivent, les praticiens n'ont point assez pris garde aux *déductions* qui en découlent. Distraction étrange, de prime abord, mais toute naturelle dans l'état de la science et logique par rapport aux systèmes en crédit.

C'est ce qu'il est important et facile de démontrer,

sans en aller chercher bien loin les preuves. Il suffit de quelques mots et de quelques exemples puisés à l'aventure dans les documents les plus récents relatifs à cette question si grave et nécessairement toujours ouverte, pour établir une fois de plus la nécessité de se rallier, ici comme ailleurs, à une doctrine générale et assurée, en dehors de laquelle la médecine semble condamnée à la confusion des idées, à l'arbitraire des observateurs, à l'impuissance de ses plus salutaires applications : inévitable destinée dont la sauvent à peine — par une merveilleuse grâce d'état — les heureuses inconséquences de la pratique.

I

Que la diathèse purulente ait été méconnue, à l'origine, dans son essence et sa constitution, c'est ce qui paraît assez évident, puisque les principes sur lesquels elle repose ne sont encore aujourd'hui guère mieux aperçus par ses détracteurs.

D'où vient cela ? Hâtons-nous de le dire. Si, après trente ans de controverses dans la presse et les sociétés savantes, d'observations au lit des malades, de recherches à l'amphithéâtre, la lumière n'est point faite pour tout le monde, il ne faut en accuser ni l'insuffisance des renseignements ou des vérifications, ni le parti pris des négations obstinées. Loin de là. La moisson et les travailleurs n'ont point fait défaut, et la recherche de la vérité compta dans les camps opposés les plus vaillants et les plus loyaux défenseurs. Ce mémorable litige restera, sans contredit — à côté du procès suscité par Broussais sur la question des fièvres continues — comme l'un des monuments scientifiques les plus considérables de notre siècle, portant d'ailleurs avec lui sa légitime solution. Mais, en l'état des doctrines mé-

dicales du temps, cette solution ne devait point entrer de plain-pied dans la science courante : elle suscitait contre elle trop de préjugés et d'orages. Son heure — l'heure à tout progrès nécessaire, — n'était pas venue.

Cette théorie qui traitait avec un si fier dédain, l'on peut s'en souvenir, les systèmes admis, sur un point particulier de la médecine, avait pour inévitable destin de choquer sur toute la ligne la plupart des enseignements en vigueur dans les écoles. Pareille attaque manifestait assez que les principes fondamentaux eux-mêmes allaient se trouver en question et en échec, moins par l'audace que par l'autorité d'un nouveau penseur, qui se présentait dans la lutte avec une force irrésistible dont ses adversaires, et peut-être lui-même alors, ne soupçonnaient pas tout le secret. Expression anticipée, formule restreinte d'une doctrine plus générale, inconnue et insolite, la théorie, qui faisait invasion à l'improviste par la brèche largement ouverte sur l'une des frontières de la chirurgie, n'était point en mesure de s'affirmer, en ses premiers linéaments et dans cette sphère restreinte, avec la pleine intelligence de sa notion philosophique, et de gagner l'adhésion immédiate des esprits, il faut le dire, complétement déconcertés. Si parmi les médecins, personnellement désintéressés dans les débats de ce procès retentissant, le plus grand nombre fut vivement impressionné par la valeur considérable des témoignages dont s'entourait la théorie nouvelle, ils n'hésitèrent pas moins à se décider à en franchir résolument le seuil et à abandonner les sentiers accoutumés où se tenaient les maîtres de la science contemporaine. Et ceux-ci, pressentant instinctivement dans l'édification de la diathèse purulente le prélude d'une révolution médicale en voie de mystérieuse incubation, ce vague

pressentiment n'était point toujours sans leur causer une sorte de surprise inquiète et de méfiance bien naturelle.

Or, il faut le dire à la justification de ces derniers, conviés à se mouvoir hors de leur voie familière, il semble qu'ils fussent condamnés d'avance à tourner invariablement dans le cercle où les retenaient d'anciens errements, corroborés d'ailleurs par des prétentions nouvelles chaque jour plus exigeantes. Depuis longtemps endormis dans les vieilles réminiscences iatromécaniques de l'École de Leyde, et plus que jamais enlacés par le réseau de l'organicisme dont les remarquables écrits de Bichat et les triomphantes polémiques de Broussais venaient davantage de serrer les mailles et de consolider l'étreinte, ils n'avaient et ne pouvaient avoir à ce moment qu'une seule préoccupation en vue dans la discussion élevée sur la nature des suppurations multiples qui surviennent à la suite des plaies ou des opérations chirurgicales. Cette idée fixe — ambition prédominante et nécessité radicale des théories organiciennes — était de renfermer dans la *lésion* primordiale, supposée constante, la *cause prochaine* et absolue, la raison d'être substantielle de tous les accidents soi-disant consécutifs.

Et en effet, partisans de la *résorption* ou partisans de l'*infection*, tous localisaient également, à l'unisson, dans le pus — soit résorbé en nature à la surface de la plaie, soit versé dans le torrent circulatoire par les veines enflammées — le point de départ nécessaire des symptômes, en dehors duquel, par conséquent, le drame phénoménal ne pouvait se produire ou subsister. Malgré les oppositions très-accentuées qui se dressaient entre les deux systèmes sur ce mécanisme pathogénique, c'est-à-dire sur le rôle attribué définiti-

vement au pus — soit migrateur, soit toxique — toujours est-il que, de part et d'autre, l'on s'entendait au fond pour regarder fatalement ce malheureux pus comme le véritable bouc émissaire de tous les méfaits en question.

Il est bien entendu que le nom de maladie, appliqué à l'ensemble de ces phénomènes importants, n'était pas prononcé, que l'idée même n'en fut point sous-entendue : besoin tout à fait superflu, puisque la lésion seule, avec un peu de bonne grâce et d'imagination, se prêtait à merveille, semblait-il, à représenter avec toutes ses péripéties la scène pathologique, et qu'il fallait avoir l'esprit bien difficile pour ne point se tenir pour satisfait.

Il est vrai de dire toutefois qu'on se renvoyait des objections assez fâcheuses et des faits singulièrement embarrassants : ces objections et ces faits mettaient en évidence — d'une part, l'impossibilité pour le pus de rentrer en nature dans les radicules veineuses ou lymphatiques, surtout à travers la membrane pyogénique, et la facilité, au contraire, avec laquelle il est repris, en beaucoup de cas, dans ses éléments, sans produire, par émigration ou métastase, le moindre accident, ce qui gênait un peu la fameuse théorie mécanique de la résorption purulente; — d'autre part, on montrait assez fréquemment, toujours à la suite des mêmes violences traumatiques, ces mêmes abcès, graves et multiples, sans veine suppurée : exhibition passablement maussade à son tour pour le système de la phlébite infectieuse. Enfin, pour les renverser toutes deux, ces deux hypothèses alliées et ennemies, il n'était pas bien difficile d'objecter à l'une et à l'autre, même en dehors de toute condition traumatique, des exemples bien avérés d'états purulents

spontanés, présentant avec ceux qui suivent parfois les plaies, les accouchements ou les opérations chirurgicales, une ressemblance flagrante et une nature identique tant par leurs symptômes et leurs lésions, que par leur marche et leur gravité.

Les objections qui ont décrété d'insuffisance et d'erreur les hypothèses de la résorption et de l'infection restent dans leur complète vigueur; témoignages acquis à la vérité, indéniables désormais. Néanmoins ces hypothèses elles-mêmes n'ont pas disparu de la science. L'École de Paris, qui leur donna la vie, continue à les réchauffer de son mieux pour les sauver du trépas. Malgré leurs blessures, elles vivent; malgré leur défaite, elles s'imposent toujours. A l'instar des lichens parasites, elles s'enracinent et s'étalent à la surface des faits amoindris et étouffés. Tout en portant la trace visible de leur infécondité et de leur décrépitude, elles cherchent à prolonger leur fortune compromise et leur existence ruinée dans une conciliation impossible. En réalité, il ne leur reste d'autre élément de vitalité que la force d'inertie, dernière force — la plus obstinée, il est vrai — laquelle s'usera à son tour, laissant l'horizon libre à l'essor de la vérité... Mais, en attendant, asservis à ces tenaces routines, les médecins qu'elles continuent d'abuser, pour la plupart — aujourd'hui à peu de chose près comme autrefois — regardent encore l'ensemble des symptômes et des lésions de la diathèse purulente comme un incident purement mécanique des plaies suppurées : simple question d'hydraulique animale sans aucune conséquence pratique et positive qui se puisse appliquer à l'art confus et désarmé.

Autrement large, autrement féconde est l'œuvre de J.-P. Tessier.

Reconnaissant, avec les maîtres de la tradition, combien la science s'égare à vouloir pénétrer l'essence des choses à l'aide de simples conjectures, et résolu, en conséquence, selon ses expressions, à ne point s'obstiner à *traire ce bouc*, c'est-à-dire à ne pas substituer une autre chimère plus ou moins ingénieuse aux hypothèses courantes, J.-P. Tessier s'attacha à déterminer les faits en litige, non d'après les visées gratuites que l'imagination peut se complaire à concevoir, mais uniquement et rigoureusement d'après l'ensemble des caractères constants manifestés par l'observation. A ce point de vue méthodique, la science et la pratique devaient gagner bientôt des révélations importantes : — la nosologie, la constitution précise d'une *maladie* jusque-là indéterminée ou vaguement entrevue, — la nosographie, la formule de ses *évolutions* et de ses *formes*, — l'étiologie, la détermination de ses *causes* occasionnelles variées, au lieu d'un roman de physique plus ou moins sérieuse, — la thérapeutique, les principes de ses *indications* préventives et curatives, venant heureusement rémédier à une impuissance radicale et systématique.

Tel est, d'une manière générale, l'horizon de la diathèse purulente; tel, à nos yeux, il se dégage de l'œuvre sereine de J.-P. Tessier. Pour en faire apercevoir dans leur ensemble les plus importantes perspectives, qu'il nous soit permis de les réduire ici aux données élémentaires suivantes :

1° Il existe une parfaite identité de caractères, et, par conséquent, de *nature* entre les abcès multiples ou métastatiques, et les suppurations graves qui se manifestent sous une influence, — soit *traumatique*, — soit *puerpérale*, — soit même *spontanée*.

2° Cette diversité d'origine et de phénomènes con-

tingents qui en résultent — caractérisés, dans leur ensemble, moins par le pus lui-même, que par la *tendance à sa formation* plus ou moins multipliée dans les solides et les liquides organisables de l'économie, et par la fièvre de suppuration — constituent seulement trois modalités ou *formes* distinctes de la même *unité* morbide.

3° Cette diversité d'évolution et de formes dans l'unité atteste, non des états vagues, indéterminés, obscurs, de rapports fortuits, de source toute problématique, mais une *maladie* une, régulière, résultat d'une prédisposition définie, mise en jeu par des influences occasionnelles diverses.

4° Essentiellement caractérisée par la tendance à la formation contre nature et multiple d'un produit unique — le pus — la maladie en question n'est autre qu'une diathèse — la *diathèse purulente* — nom sous lequel il convient de la désigner et de la classer, en lui accordant dans le cadre nosologique la place importante qu'elle tient dans l'observation clinique.

5° Autant il est insuffisant et vain d'accorder au pus — migrateur ou infectieux — le rôle de cause *prochaine* dans le mécanisme général des accidents, puisque ceux-ci peuvent se développer en l'absence absolue de tout foyer primitif, et même arriver à leur fin — c'est-à-dire à la mort du malade — alors que l'évolution des lésions purulentes, dans quelques cas très-aigus, n'a pas même le temps de s'accomplir, autant il est légitime, en l'état traumatique ou puerpéral, en particulier, d'accorder au pus placé dans de mauvaises conditions — retenu au fond de clapiers, baignant au milieu de séquestres, décomposé avec les lochies — une influence *occasionnelle* très-positive sur le développement de la disposition latente.

6° Mais, même en cet état traumatique ou puerpéral, il s'en faut — de beaucoup — que cette influence d'un foyer purulent soit nécessaire et souveraine, surtout exclusive; et dans un grand nombre de cas tenant à ces deux conditions, il est impossible de l'apercevoir et de l'établir.

7° Il est surtout d'autres circonstances étiologiques, qui jouent un rôle plus étendu et plus puissant sur le déploiement des symptômes de la diathèse purulente : ce sont, d'une part, l'*entassement* des blessés ou des opérés dans les salles de chirurgie, ou des femmes en couches dans les maisons d'accouchements; et, d'autre part, les *impressions morales* plus ou moins vives qui viennent communiquer une impulsion fâcheuse à l'incubation des accidents. Il importe de signaler encore les indigestions et le refroidissement, point de départ fréquent de la maladie. Inutile d'ajouter que l'action de ces causes est d'autant plus sûre qu'elles se trouvent réunies.

8° Par état spontané, il ne faut pas comprendre l'absence de causes instrumentales, susceptibles d'occasionner la maladie. Elles y sont parfois très-manifestes. Des excès violents, des travaux exagérés, une grande fatigue, les commotions morales, l'habitation des localités insalubres, le séjour dans certains foyers d'agglomération, en général, toutes les influences *déprimantes*, etc., etc., sont en mesure, suivant les prédispositions, de provoquer d'emblée les accidents. Cependant, dans la diathèse purulente, comme dans toute autre maladie, les influences occasionnelles peuvent être obscures, équivoques, et faire défaut à nos investigations.

9° La connaissance des causes ordinaires de la diathèse purulente conduit à la première de toutes les pré-

occupations importantes, pour la médecine pratique, laquelle est de les éloigner ou de les prévenir. De là une série d'indications corélatives — à l'état *local* des plaies ou des suites de couches, — à l'état *général* des opérés ou des accouchées, — aux conditions de *milieu* et de *régime*, que l'expérience a fait connaître comme exerçant une notable influence dans ces circonstances spéciales, etc.

10° Enfin, malgré la gravité considérable des accidents et leur issue trop souvent prompte, mortelle, l'étude des variétés de la maladie, en établissant sa curabilité, dans un certain nombre de faits, doit conduire à rechercher les moyens thérapeutiques les plus propres à obtenir, suivant la mesure possible, ce favorable dénouement. On est donc autorisé à l'espérer et à le poursuivre, au lieu de se croiser les bras avec un découragement funeste par suite d'aveugles préjugés.

Ainsi, dans cette œuvre nouvelle dont je ne puis que profiler à grands traits les principales lignes, une maladie importante se trouve définie par ses caractères, révélée par ses formes, fixée dans ses causes, et tout au moins, pressentie dans ses indications. Grand et remarquable édifice dont le temps perfectionnera sans doute les détails, mais dont il respectera certainement l'ordonnance, parce que les bases naturelles et vraiment granitiques lui sont acquises désormais. N'en doutons point, l'avenir ne peut qu'en cimenter plus complétement les assises. Et la réalité apparaîtra dans toute sa splendeur lorsque l'inévitable dispersion des erreurs organiciennes aura dissipé simultanément les derniers obstacles encore interposés devant les yeux les plus clairvoyants.

C'est là ce que l'on peut attendre, en toute confiance,

du mouvement progressif des doctrines médicales. Mais aujourd'hui, encore une fois, ces prévisions ne sont pas accomplies. Les germes confiés à nos générations ne sont point mûrs. Les principes sur lesquels J.-P. Tessier a fondé la constitution de la diathèse purulente, en particulier, supposent une théorie antérieure et supérieure de la maladie, en général. Cette théorie, assurée d'elle-même, il a eu l'avantage insigne de la formuler. Mais elle est lettre morte pour l'organicisme. Ce dernier système peut-il comprendre, en effet, peut-il permettre seulement une nosologie régulière fondée sur la notion essentielle de la maladie distincte de ses causes, distincte de ses symptômes, distincte de ses lésions? Non, il n'est pas possible. Et la doctrine, qui vit de telles confusions, est la négation vivante et absolue de ce progrès.

La notion essentielle de la maladie, tel est le principe fondamental, il faut le proclamer sans cesse, qui fait surtout défaut à la science médicale contemporaine. Et cette lacune trop manifeste, dans son inexorable logique, oblige les hommes les plus éclairés à passer outre, en secouant la tête, devant toute éclosion vraie qu'ils rencontrent en leur chemin, répétant, avec une sombre résignation : qu'est-ce que la vérité? Leur condamnation est de la voir sans la reconnaître.

C'est pourquoi il nous appartient de dire ici que la constitution médicale de la diathèse purulente qui repose précisément sur cette notion essentielle de la maladie — si méconnue — a été et devait être nécessairement ignorée dans ses principes, et qu'elle ne saurait être justifiée, en aucune manière, au point de vue des errements présents.

S'il était nécessaire, pour rendre plus sensible cette

première partie de ma thèse, de l'appuyer d'un exemple, je n'aurais qu'à montrer comment, tout récemment, dans une note lue à l'Institut (1), un de nos estimables et savants confrères, le D[r] Batailhé, exposant, sur le sujet en question, une hypothèse nouvelle — celle de l'*infection putride aiguë* — appréciait la théorie de J.-P. Tessier. Je me bornerai à quelques mots.

L'auteur ne se dissimule pas tout d'abord — et nous devons lui donner acte de sa protestation — l'inanité des conjectures qui semblaient acquises jusque-là :

« La plupart des chirurgiens de cette époque — dit-il — avaient fait des recherches sur l'infection purulente et sur la phlébite infectieuse : ils tenaient à leurs travaux; ils y tenaient tellement, qu'on voit les plus illustres d'entre eux se disputer l'honneur de cette *grande découverte*. Peut-être ces disputes de priorité eussent-elles été moins ardentes, si ces chirurgiens avaient pu soupçonner que cette prétendue grande découverte n'était autre chose qu'une de leurs créations les plus déplorables. »

Et il continue, moins bien inspiré :

« Enfin la théorie de la phlébite infectieuse étant abandonnée, quel refuge restait-il aux chirurgiens de cette époque? La théorie de l'infection putride aiguë n'avait pas encore vu le jour; dès lors les chirurgiens étaient fatalement forcés d'admettre les théories de M. Tessier, la doctrine de la *fièvre purulente;* ils étaient obligés d'admettre une fièvre *essentielle nouvelle*. Chose infaisable pour une génération médicale qui avait suivi avec enthousiasme les leçons de Broussais, dont les prétentions n'allaient à rien moins qu'à faire disparaître du

(1) Lue à l'Académie des sciences, séance du 1[er] août 1864.

cadre nosologique toutes les fièvres essentielles sans exception.

« Il y en avait là plus qu'il n'en fallait pour maintenir la doctrine de la phlébite infectieuse, malgré les larges brèches que M. Tessier avait faites à cette doctrine..... »

Ce qui amène notre confrère à conclure que cette doctrine de la diathèse purulente est fausse de tous points.

Je n'ai nullement l'intention de discuter ici en détail la théorie plus ou moins nouvelle dont le Dr Batailhé prétend gratifier la science. Nous pourrions nous borner à dire à l'auteur, en empruntant ses propres expressions, qu'il n'y a pas lieu de se disputer l'honneur de cette autre *grande découverte* qui peut rentrer dans la catégorie des erreurs plus ou moins déplorables. Toutefois, il n'est pas dans nos habitudes d'écarter, même en passant, une objection, sans en donner quelques motifs suffisants. Donc, une très-simple explication là-dessus.

En fait, ce n'est guère d'aujourd'hui que les chirurgiens ont appris à connaître et à redouter les dangers de l'infection putride. Toute la tradition a signalé ces fâcheux incidents, bien que quelques-uns de nos contemporains, P. Bérard, en particulier, en aient exploité la fortune spécieuse. Sans remonter bien haut, il suffirait, pour s'en convaincre, d'ouvrir l'ouvrage classique par excellence du vénérable Boyer. En vérité, ainsi que je le disais à cette même place et dans les mêmes termes, il y a huit ans (1), nous ne pouvons effacer ni de ce livre ni de nos souvenirs ce chapitre intitulé : *Du croupissement du pus*, où l'on trouve indiqués tout au long les divers accidents consécutifs, tant locaux que généraux, du pus

(1) *Art médical*, 1857, t. VI, p. 480 ; *Sur l'éloge de Gerdy et le discours de M. le professeur Nélaton.*

exposé au contact de l'air dans le foyer qui le recèle et où il se corrompt. Si la fétidité qui résulte de sa dépravation, si le mouvement fébrile, si les déjections alvines, si l'état colliquatif — symptômes reconnus dans ces circonstances — ne sont pas les résultats de la putridité, ou de l'infection putride, que sont-ils donc? Ces phénomènes du croupissement du pus que l'on observe chez quelques malades — dans les conditions indiquées par Boyer — que divers expérimentateurs depuis longtemps ont reproduits en injectant des matières septiques dans le sang des animaux, et qui varient suivant l'*espèce de poison* injecté, ne sont ni identiques, ni semblables à ceux de la diathèse purulente. Ceux-ci ne sont pas le complément nécessaire de ceux-là. Un scrofuleux, atteint de carie fémoro-tibiale avec abcès par congestion ouvert et communiquant avec l'extérieur, présentera parfois des symptômes d'infection putride se succédant pendant un temps plus ou moins long; mais, que ce même malade soit soumis à l'amputation du membre, par exemple, et c'est toute une nouvelle série d'accidents bien autrement graves et aigus — appartenant à la véritable diathèse purulente — qui aura chance de se manifester. Ce sont donc deux drames distincts, bien que, dans quelques circonstances traumatiques surtout, le premier puisse servir de prologue au second.

En principe, l'infection putride n'a pas plus de fondement à se constituer comme doctrine que la résorption ou l'infection purulentes. La plupart des arguments qui ont fait justice de ces dernières se retournent avec non moins d'à-propos contre la première. Toutes ces hypothèses se valent devant les faits : elles ne peuvent réussir à les embrasser. Et il sera toujours parfaitement impossible de comprendre, au point de vue de ces hypothèses ambitieuses, comment l'infection putride par le pus peut

s'opérer en l'absence de tout foyer primitif de suppuration ; comment le malade succombe parfois aux suites de cette prétendue infection, non-seulement en dehors de toute source infectieuse, mais encore de toute suppuration définitivement accomplie.

En résumé, l'infection putride n'est point la cause prochaine de la diathèse purulente; elle peut être seulement, et plus ou moins souvent, l'une de ses causes éloignées, ainsi que les refroidissements, les indigestions, les émotions morales : ce qui ne donne pas le droit, en la confondant avec sa cause, de définir la maladie, soit une infection, soit un refroidissement, soit une émotion morale.

Confusion de la maladie — tantôt avec les influences qui la mettent en jeu, c'est-à-dire avec ses causes — tantôt avec les lésions qui en résultent, c'est-à-dire avec ses effets — telle est l'inévitable pierre d'achoppement où viennent trébucher à la file et se renverser tour à tour, les uns sur les autres, comme des capucins de cartes, tous ces beaux systèmes créés par la fantaisie.

Les jeux de l'imagination, pleins d'attraits et surtout d'artifices, plaisent aux grands enfants, aux enfants gâtés de la science; mais ces amusements plus ou moins ingénieux ont, au moins, l'inconvénient de distraire la pensée de la recherche des choses vraiment sérieuses et de donner le change sur les voies à suivre dans la poursuite de la vérité. Ce sont mirages décevants qui entraînent toujours loin du but. Toutefois le but reste; et si, égarés par le prestige de leurs illusions, certains esprits passent à côté de la réalité sans la voir, en définitive leur aveuglement n'enlève rien à cette réalité invincible.

La réalité doctrinale de la diathèse purulente n'est pas plus diminuée indirectement par les conjectures erronées

qui servent à la création de vains systèmes, que par les objections gratuites dont elle est directement l'objet. Les coups que M. le D[r] Batailhé lui adresse, et qu'il croit si décisifs, sont, à vrai dire, fort innocents : ils portent tout à fait à côté. Pour renverser d'un seul effort la doctrine de J.-P. Tessier, son adversaire lui prête bénévolement une erreur dont il fait son point de mire. De sorte qu'il s'attaque à une pure chimère. Rien de plus illusoire, en effet, que de voir dans la diathèse purulente une obligation pour les chirurgiens d'admettre une *fièvre essentielle nouvelle :* « chose infaisable, s'écrie-t-on, pour une génération médicale qui avait suivi les leçons de Broussais, dont les prétentions n'allaient à rien moins qu'à faire disparaître du cadre nosologique toutes les fièvres essentielles, sans exception. » Il n'y a vraiment qu'un malheur à cet argument : c'est qu'il est dénué de tout fondement, ou du moins qu'il repose sur une confusion à laquelle la doctrine de l'essentialité morbide, formulée par notre maître, donne le démenti le plus large et le plus net possible.

Si jamais démonstration claire, formelle, rigoureuse, a été établie, depuis plus de vingt ans, par l'enseignement de J.-P. Tessier, c'est à coup sûr celle de l'erreur monstrueuse soutenue par l'illustre Pinel contre Broussais dans la grande question des fièvres essentielles. Cette erreur, qui consistait à définir, sur le terrain de la pyrétologie, l'essentialité par l'absence de lésions, fut l'une des hérésies philosophiques les plus désastreuses que Pinel ait introduites en médecine, malgré toutes ses prétentions assez mal justifiées à l'analyse et à la philosophie. Et, chose étrange, qui témoigne de l'empire que l'habitude conserve aux erreurs les plus évidentes, malgré les répliques victorieuses de Broussais, malgré les lumières que l'anatomie pathologique

projette de nos jours sur cette question, le préjugé de Pinel s'est transmis à notre temps : l'idée de fièvre essentielle soulève encore celle de fièvre sans lésion. Cette confusion s'est enracinée, malgré tout, dans les esprits.

Or, cette erreur souveraine, contre laquelle s'élèvent les données de la médecine autant que les conventions de la philosophie, J.-P. Tessier ne s'y associa jamais. Bien plus, tout son enseignement repose en quelque sorte sur la condamnation et le redressement de cette confusion. Le principe fondamental de sa doctrine médicale est la notion précise de l'essentialité morbide. Pour lui, l'essence d'une maladie n'est autre chose que l'ensemble de ses caractères constants. Et certes ! parmi ces caractères il n'en est point, à l'ordinaire, de plus essentiel, c'est-à-dire de plus constant et de plus important, que ses lésions. C'est ce que l'on voit surtout dans les phlegmasies dont la lésion donne le nom même à la maladie, — dans les fièvres intermittentes ou continues, typhoïdes ou éruptives, — dans les diathèses purulente, tuberculeuse, cancéreuse, etc., etc. Il est donc, en principe, complétement erroné de soutenir que la théorie de J.-P. Tessier ramène les chirurgiens aux entités chimériques des fièvres essentielles (ou sans lésions) évoquées par la nosographie fantasmagorique de Pinel.

En fait, qui donc, de Dance à Virchow, a jamais décrit avec plus de soin, et l'on peut même dire avec plus d'amour, les lésions de la diathèse purulente, que son véritable créateur ? tous les éléments les plus minutieux de ce vaste et profond travail pathologique de la transformation des tissus et des liquides organisables en pus? ses évolutions variées dans les couches capillaires, les gaînes celluleuses, les muscles, les os, les

parenchymes, les vaisseaux, le sang? Qui jamais a mis en plus complète évidence l'importance de ces altérations organiques dans les sombres et fatales péripéties du mal?... Et c'est à l'élève de Dupuytren, à l'ancien interne aux autopsies de l'Hôtel-Dieu, à l'anatomiste, dont le scalpel a jeté, si je puis dire ainsi, tant d'éclat sur les caractères anatomo-pathologiques de la diathèse purulente, que l'on vient reprocher de vouloir ressusciter dans cette maladie, une création purement nominale, le fantôme de ces fièvres sans lésion honnies par Broussais! Tel est le grief assez étrange que l'on croit capable de faire crouler par sa base l'œuvre de J.-P. Tessier : naïve attaque qui rappelle assez bien l'escrime affolée du célèbre chevalier de la Triste Figure contre les moulins à vent.

Tout ce que l'on peut plaider ici de circonstances atténuantes en faveur de notre honorable adversaire — et nous lui en accorderons d'ailleurs de très-satisfaisantes à d'autres points de vue, un peu plus loin — c'est que l'intelligence doctrinale de la question lui a fait défaut, moins par l'insuffisance de son talent ou de sa volonté, que par le concours des circonstances qui ont réglé mal à propos son objectif. La constitution nosologique dont il est question a une clef sans laquelle les profanes restent nécessairement en dehors du sanctuaire. Cette clef, on ne la trouvera point, à la rigueur, là où surtout l'on serait le plus enclin à la chercher, c'est-à-dire dans les premiers rudiments par lesquels la constitution effective de la maladie s'est affirmée. L'éclosion primitive de ce travail fut plutôt une question de fait que de principes. Pour saisir la portée, pour comprendre la justification de ce problème particulier, il est indispensable d'étudier dans tout son ensemble la doctrine générale d'où émane sa lumière. Et certes!

ce n'est point la faute de J.-P. Tessier si cette lumière qu'il a répandue avec tant de profusion sur le vaste horizon de la médecine n'a pas encore dessillé les yeux obstinément fermés de ses contradicteurs.

Il est donc trop vrai que la constitution nosologique de la diathèse purulente est méconnue dans les principes sur lesquels elle se fonde. Nous allons voir maintenant que sa réalité n'est pas moins ignorée dans les faits mêmes qui en sont la manifestation.

JULES DAVASSE.

— La suite au prochain numéro. —

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES EMBOLIES DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA DIATHÈSE PURULENTE

— SUITE ET FIN (1) —

V

Des remarques précédentes surgit la convenance d'établir que dans la diathèse purulente la thrombose sert de point de départ à deux catégories de phénomènes.

L'une de ces catégories renferme les thromboses simples qui ne concluent pas à une véritable suppuration. C'est leur évolution qui a été décrite par Virchow.

L'autre catégorie est la thrombose qui sert de base à un véritable travail phlegmoneux. Nous lui conserverons le nom de phlébite.

Insistons sur quelques détails pour rendre plus nets les caractères de ces deux catégories.

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars et avril 1865.

L'école française les a toujours confondues sous le nom de phlébites. Pour elle le liquide pyoïde a toujours été considéré comme du véritable pus jusqu'aux recherches de Virchow. Cette découverte diminue donc d'autant la force de la théorie qui avait voulu s'établir sur la phlébite suppurée pour expliquer les lésions disséminées.

Cette théorie était déjà ruinée, par la simple considération que la phlébite, la lésion sur laquelle on la voulait fonder, loin de se présenter dans l'universalité des cas de diathèses purulentes, était à peine constatée dans la moitié des faits observés. Cette objection est décisive. Evidemment quand l'on veut tenter d'expliquer la cause prochaine d'une maladie par une lésion, au moins faut-il que cette lésion soit un fait constant. Nouvelle déconvenue : la moitié au moins de ces phlébites constatées deviennent inutiles, puisque l'on découvre que la suppuration ne s'y produit pas.

Autre observation : Virchow confirme de toute son autorité, ici bien désintéressée, la description de la phlébite, telle que Tessier l'a affirmée dans son mémoire. Virchow constate la présence constante des caillots obturateurs aux deux extrémités de la thrombose, et il y insiste fortement. Il constate aussi, procédant dans sa marche du centre à la circonférence, la présence du liquide pyoïde (pris avant lui pour du vrai pus).

Dance, Cruveilhier, Velpeau lui-même avaient décrit la phlébite dans leurs premiers travaux, comme Tessier et Virchow. C'est plus tard, pour le besoin de la cause, pour étayer les théories hydrauliques du passage du pus dans les veines, que les mêmes auteurs ont torturé les faits observés pour leur faire dire ce qu'ils n'ont jamais signifié : Virchow est ici un témoin inattendu, un

auxiliaire d'autant moins récusable, qu'il s'est emparé du sujet dans un but tout différent.

Nous constituons la deuxième catégorie avec les véritables phlébites, telles que Tessier et ses devanciers de l'école française les ont toujours admises. Nous concédons à Virchow que la moitié au moins des thromboses ne conduisent pas à de vraies phlébites. Mais nous nous refusons à dire avec lui d'une manière absolue (1) : « La lésion qu'on nomme d'ordinaire une « phlébite suppurée n'est ni une phlébite ni une sup- « puration : c'est un phénomène pathologique com- « mençant par une coagulation, par la formation d'un « caillot aux dépens du sang ; plus tard, ces thrombo- « ses se ramollissent. L'histoire de cette affection est « donc celle du thrombus. »

Nous maintenons contre le professeur de Berlin qu'il y a une phlébite, une véritable phlébite suppurée. Nous avons fait à la critique dans l'étude de cette lésion une part assez grande, assez victorieuse, pour autant nous ne consentons pas à mettre à néant tous les travaux de l'école française; ceux de Tessier surtout, touchant l'évolution de la phlébite et la description des phénomènes intrinsèques et accessoires qui caractérisent cette importante phlegmasie. Le microscope a apporté son tribut : il a fait distinguer des produits pathologiques que des analogies d'aspect avaient permis de croire identiques. Cette distinction, aujourd'hui solidement établie entre le liquide pyoïde de la thrombose simple et la suppuration véritable de la phlébite, a permis de confirmer des différences déjà saisies avant Virchow par Tessier, entre l'évolution des deux lésions lesquelles demeurent distinctes, encore bien qu'elles

(1) *Pathologie cellulaire.*

aient toutes deux pour point de départ le même organe, une veine, et le même blastème organisable, du sang coagulé dans cette veine.

Virchow a eu peu de souci de cette distinction; il ne songeait qu'à ses embolies. Il n'avait d'autres vues que de constater des lésions capables de produire des parcelles migratoires. Pour nous, notre dessein est différent. Nous étudions l'anatomie pathologique d'une maladie considérable, la diathèse purulente, et entre les lésions de cette maladie une des plus importantes, les oblitérations veineuses. Trouvant sur notre chemin l'étude de Virchow sur les embolies, nous l'avons mise à profit : nous avons reconnu avec empressement la part de lumière qu'elle fournit au sujet. Nous ne demanderions pas mieux que d'accorder que l'évolution de la thrombose de Virchow rend compte de tous les faits; notre tâche, surtout celle de la critique des théories eût été fort simplifiée. Il n'en est rien. Nous sommes en présence de faits qui parlent et la vérité contraint de déclarer qu'après avoir fait à la thrombose simple une part légitime, il reste des faits dont la phlébite, telle qu'elle a été comprise par Hunter et les médecins français, peut seule donner une interprétation satisfaisante.

Aussi bien Virchow lui-même, sur les instances de je ne sais quel critique, se défend-il d'avoir prétendu qu'il n'y a jamais de phlébite. Certainement il y a une phlébite, dit-il dans sa *Pathologie cellulaire*, mais c'est une inflammation qui porte sur les parois du vaisseau et non sur son contenu. Puis il part de cette affirmation pour introduire une dissertation sur les inflammations des tuniques des artères et des veines. Il décrit les changements de coloration, de consistance, de densité des membranes vasculaires sous l'influence

du mobile inflammatoire. Il décrit même les diverses collections purulentes qui ont été observées entre les tuniques des veines; les abcès qui se forment en dehors, ceux qui s'ouvrent en dedans : rien de tout cela n'est inconnu pour personne, surtout pour ceux qui ont étudié la diathèse purulente comme une maladie et non comme un accident; mais ce qui rend équivoque cette description, c'est qu'il conteste que ces lésions phlegmasiques soient accompagnées de thromboses.

Ce qui redouble la défiance, c'est que Virchow ne dit point dans quelles occasions, dans quelles maladies il a observé ces symptômes inflammatoires des veines, en l'absence de toute présence de sang coagulé dans la lumière des vaisseaux. Bien plus; il ajoute : *Aucun expérimentateur n'a pu produire une exudation oblitérant le calibre du vaisseau, s'il a empêché le sang de traverser le vaisseau enflammé.*

C'est-à-dire qu'au lieu d'être en pathologie humaine, l'auteur fait intervenir vraisemblablement une expérience pratiquée sur un chien ou tel autre animal; Virchow est souvent comptable de ces sortes de transitions, dont il ne prévient pas son lecteur. Dans ce cas particulier il ne s'explique en rien sur la nature de l'expérience instituée. Vraisemblablement une ligature aura été pratiquée au-dessous de la portion de veine que l'on aura tenté d'enflammer. Virchow a voulu déterminer la production d'une fausse membrane qui aurait intercepté comme un diaphragme la lumière du vaisseau. Quoi qu'il en soit de l'expérience, elle ne saurait être sérieuse. Il est impossible par la pensée d'imaginer un moment physiologique où un vaisseau quelconque du trajet circulatoire soit vide de sang.

Seul contre tous les observateurs, Virchow voudrait que l'inflammation d'une veine ne débutât point par

la coagulation du sang. Ses affirmations ne sauraient avoir la valeur d'une démonstration; d'ailleurs, encore une fois, il ne s'applique pas à faire une critique sérieuse de la phlébite suppurée, et cependant cette phlegmasie a été bien plus souvent observée que le travail regressif. Il n'y a pas moyen de se méprendre sur la marche de la phlébite. Une phlegmasie qui a été affirmée par tant d'observateurs, méritait d'être présentée d'une manière moins sommaire. Au risque de nous répéter, nous dirons une fois de plus : la phlébite suppurée des médecins c'est l'œdème douloureux des anciens auteurs. La veine enflammée devient le centre d'une atmosphère phlegmoneuse que l'on ne voit jamais dans le travail regressif du caillot; tout se termine à l'ordinaire par des abcès, plus ou moins nombreux. Chacun d'eux reconnaît pour point de départ un point central du caillot intra-veineux. Nous avons déjà dit par quel mécanisme l'inflammation se propageait jusqu'à la peau à travers les tuniques de vaisseaux, les muscles et le tissu cellulaire par le moyen de l'intervention successive des couches de vaisseaux capillaires.

Cette marche est bien connue; elle est constante. Tessier, qui fut pendant trois ans l'interne chargé des autopsies dans le service de Dupuytren, a consigné dans son mémoire les résultats de plus de cent autopsies où se trouvaient des phlébites et des thromboses. Il ne trouva qu'une seule fois des traces d'inflammation dans les parois d'une veine en l'absence de caillot obturateur; il fait observer que la lésion était à son début.

La question des embolies nous contraint de revenir quelques instants sur la théorie du passage du pus dans les veines, non point pour reprendre une réfutation en détail; cette réfutation nous la croyons accom-

plie par l'exposé des faits que nous venons de parcourir et par la discussion litigieuse à laquelle ils ont donné lieu. Le travail de Virchow sur l'organisation du caillot obturateur, en confirmant les conclusions du mémoire de Tessier, a pour jamais fermé la discussion.

Une réflexion à propos des embolies : S'il était possible que des globules purulents pénétrassent dans le torrent circulatoire, soit seuls, soit, ce qui serait plus vraisemblable, accompagnés de débris des caillots obturateurs et de fausses membranes, que serait-ce en définitive que ces détritus détachés d'une phlébite en décomposition, sinon par excellence des masses emboliques des corps migrateurs. Or s'il en était ainsi, si réellement les migrations se pouvaient effectuer, les autopsies les auraient révélées. On devrait trouver des globules purulents dans l'artère pulmonaire et des débris de caillots chevauchant sur les éperons des embranchements des vaisseaux ou enclavés dans la lumière des premières ramifications des vaisseaux du poumon... on en devrait trouver dans le cœur, dans la veine cave. L'événement ne s'est jamais réalisé, et dans les innombrables autopsies dont on possède la relation, nulle part on ne trouve la trace de ces migrations. Que penser de ces voyages ? on marque le point de départ. Il n'y a jamais personne au point d'arrivée ni sur la route. Qu'on y veuille bien réfléchir : les globules de pus ne sont ici que des corps étrangers. Comment, si le fait eût été possible, aurait-il échappé aux chercheurs d'embolies ?

Nous touchons ici au sujet des embolies capillaires dont il sera traité dans la dernière partie de ce mémoire. Disons seulement que la question de savoir si le pus en nature peut s'insinuer par l'artère pulmonaire et aller former dans le poumon ces dépôts purulents con-

nus sous le nom d'abcès métastatiques ne nous paraît pas susceptible d'être posée. D'abord nous croyons avoir surabondamment montré que le pus ne passe pas dans la circulation générale. Passerait-il? il y aurait à discuter trois hypothèses formulées pour expliquer les collections périphériques et métastatiques de la diathèse purulente : 1° le pus transformé en poison ; 2° le pus considéré comme une épine inflammatoire ; 3° le pus se formant en collections fortuites sous la direction des lois de la capillarité. — Mais nous ne voulons pas discuter ici maintenant ces hypothèses.

Revenons à nos concrétions sanguines, dont il faut épuiser tous les aspects.

Il arrive quelquefois qu'à l'extrémité d'une thrombose qui a été le point de départ d'une phlébite, on trouve du pus et de la sanie purulente en contact immédiat avec le sang et pouvant, par conséquent, se mêler avec ce liquide. Ce sang stagnant se présente tantôt à l'état de caillots demi-liquides et noirâtres, tantôt à l'état de fluides noirâtres non coagulables, tantôt à l'état de pus mêlé à des caillots. Ce sang purulent ne résulte pas d'un mélange du pus contenu dans le foyer. En effet, une cloison obturatrice plus ou moins forte existe toujours entre le foyer de la phlébite et cette sanie. Notez que l'endroit de la veine où ces phénomènes se passent n'est point enflammé ; elle conserve ses caractères de souplesse et de transparence.

Ce fait est rare ; on en a beaucoup argué contre la persistance du caillot obturateur et contre la description du foyer de la phlébite, telle que Tessier et Virchow l'ont établie, et telle que nous la maintenons. On voit l'explication introduite : il n'y a point de véritable caillot obturateur, et le pus passe sans difficulté dans la circulation générale.

Comment interpréter ces faits. Encore une fois, ils ne se présentent pas souvent. Au premier abord, il semble qu'ils doivent rentrer dans la catégorie des embolies; ils deviendraient alors comptables des objections soulevées par la théorie de Dance et de Cruveilhier, mais il n'en est pas ainsi. Voici ce qui se passe : il existe une phlébite avec ses caratères réguliers, pourvue de deux caillots obturateurs; seulement entre le caillot obturateur le plus rapproché du cœur et la veine collatérale voisine, il existe la sanie purulente que nous décrivions tout à l'heure, et, fait important, les parois de la veine parfaitements saines ne portent aucune trace d'inflammation. Ce n'est pas à un prolongement du foyer de la phlébite que nous avons affaire. La phlegmasie du vaisseau ne se départ point de sa marche régulière. Nous touchons ici à un autre ordre d'idées, à une perspective nouvelle du sujet, dont il est impossible de ne pas dire quelques mots.

Pour plus de clarté, nous avons fait jusqu'à présent abstraction de l'état général du sang dans la diathèse purulente. Cette question importante mériterait un chapitre à part dans l'histoire de la maladie. Nous dirons succinctement que, pour nous, cette question est résolue par l'affirmative; des faits nombreux prouvent que, sous l'influence de la diathèse purulente, le sang peut se tranformer en pus dans les vaisseaux, sans qu'aucune intervention phlegmasique ait eu lieu, par conséquent sans que les tuniques des veines portent la trace d'aucune inflammation. Il existe une observation du Dr Duplay, où nous voyons le sang de toutes les veines des corps transformé en pus prendant une diathèse purulente puerpérale. Il n'est pas nécessaire, pour être possible, que le phénomène revête ce caractère d'universalité. Le plus ordinairement, c'est dans

des veines disséminées qu'il se présente. Il n'est pas plus insolite de voir des veines renfermer du pus que de voir la plèvre ou le péritoine s'en remplir, ou que de trouver des nappes de pus interposées entre les muscles, soit dans le dos, soit dans les membres. Ces sortes de suppurations ne font éprouver aucune douleur; fort souvent c'est l'examen cadavérique seul qui les révèle. Comment se rendre compte autrement que par la transformation sur place de ces caillots pédiculés que l'on trouve dans le cœur et suppurant à leur partie centrale ?

Or il peut arriver qu'au moment où une phlébite se développe, le sang de l'économie entière est déjà modifié sous l'influence de la diathèse purulente; il marche vers sa désorganisation et sa transformation en pus. Dans ces cas, lorsqu'une phlébite s'arrête à une certaine distance d'une grosse veine collatérale, il reste, entre le caillot obturateur et cette collatérale une portion de veine dans laquelle le sang stagne interposé : un foyer inflammatoire d'une part, et d'autre part du sang qui, recevant l'impulsion du cœur, suit son cours habituel. Tout ce que l'on peut conclure alors, c'est que le sang qui ne circule pas a, sous l'influence de la diathèse purulente, une grande tendance à se transformer en pus.

Ce sang, plus ou moins purulent, peut évidemment se mêler au torrent de la circulation; mais c'est là une circonstance indifférente si le sang qui circule est déjà en voie de transformation. Ce mélange n'a aucune influence sur la marche de la maladie qui, lorsque le sang est altéré, conduit rapidement les malades au tombeau. D'ailleurs, il ne peut s'opérer qu'en proportion excessivement faible, ne touchant au torrent circulatoire que par sa partie supérieure. A supposer qu'il passât

dans la circulation générale un fragment appréciable de ce mélange de pus et de caillot sanguin altéré, c'est une embolie qui doit se produire, et avec elle tout le cortége symptomatique que détermine cet accident.

Tessier, qui le premier a donné de ces faits rares l'interprétation que nous venons d'exposer, termine, dans son mémoire, la discussion à laquelle ils ont donné lieu par ces mots : « C'est dans les cas de cette nature que les partisans de la doctrine de Dance croient trouver un argument sans réplique en faveur de cette théorie. » Or ces cas exceptionnels n'ont jamais été vus par Dance; les eût-il même signalés, il ne pouvait en rendre compte qu'en admettant la communication de ce sang stagnant avec le foyer de la phlébite, ce qui n'a pas lieu. Il aurait fallu, dans tous les cas, trouver du pus et du sang en état physiologique mêlés ensemble, ce qui n'a pas lieu; car on trouve ou du pus seul, ou du sang stagnant à moitié coagulé, en voie de se transformer en pus.

VI

Pour terminer ce sujet, il reste à étudier la distribution topographique et la répartition numérique proportionnelle des thromboses simples et des phlébites suppurées suivant les formes de la maladie.

Dans un mémoire publié ici même, en 1863, nous avons proposé d'établir cinq formes dans la description nosographique de la diathèse purulente : une forme commune, une forme bénigne, une forme ataxique ou foudroyante, une forme fixe caractérisée par une phlegmasie locale ou une collection purulente isolée, une dernière forme enfin désignée sous le terme de forme apyrétique ou d'état purulent.

Tout naturellement, la répartition des phlébites et des

thromboses doit être recherchée dans chacune de ces formes. Par voie de conséquence immédiate, il sera procédé en même temps à la même appréciation touchant les cas d'embolie. Sur ce point cependant il est inutile de dissimuler les difficultés qui se présentent. Le sujet est neuf, il est à peine ébauché, il n'a pas été étudié en présence de l'unité morbide complète de la diathèse purulente. Les observations publiées se rapportent à peu près toutes à des faits puerpéraux, c'est-à-dire que les résultats présentés ne peuvent prétendre revêtir le trait d'une solution définitive. Insistons toutefois sur le caractère d'accident qui personnifie le fait de l'embolie. Le détachement d'un caillot migrateur est en effet un fait fortuit. Sans doute il est lié à un ensemble de circonstances données ; les travaux de Virchow ont groupé ces circonstances anatomiques, physiologiques et pathologiques qui prédisposent à la séparation des fragments de caillots intra-veineux avec un ensemble logique remarquable. Après tout, cependant, il reste beaucoup d'indéterminé et de conjectures dans ce sujet. — La rigueur dans les conclusions ne doit donc pas encore être exigée.

La forme commune de la diathèse purulente, telle qu'elle a été délimitée, renferme en définitive la maladie entière dans son expression quotidienne et universelle. Les autres formes groupent, ou des faits relativement rares et accidentels, comme les cas foudroyants, ou des séries marquées d'un trait spécial comme les épidémies, ou bien des cas insolites comme l'état purulent. Quant à la forme fixe dans la distribution des lésions, il ne la faut point séparer de la forme commune, car elle n'en est pour ainsi dire qu'une annexe. Le mouvement morbide est le même, l'expression symptomatique est la même, avec cette seule différence caractéristique qu'une

seule affection locale se détache objectivement de l'appareil des troubles fonctionnels, si bien que quelques auteurs ne trouvent pas qu'il y ait des motifs suffisants pour constituer une forme particulière.

D'après les inductions les plus probables, ce n'est que dans la moitié environ des cas de diathèse purulente de forme commune, que l'on constate des thromboses parmi les lésions.

Entre ces thromboses, quelle part faut-il faire à la phlébite suppurée? Quelle part à la thrombose à marche régressive de Virchow?

Ici encore une réponse nette n'est pas aisée, il y a si peu de temps que l'attention est éveillée sur cette distinction! Virchow n'a de sollicitude que pour le travail regressif. Nous avons vu de quelle manière il envisage les phlébites suppurées. Ball, son commentateur immédiat en France, le suit pas à pas, il étudie surtout les métamorphoses de la fibrine. Il abonde en détails curieux et instructifs pour écarter le plus possible l'idée que du pus se puisse produire au centre des caillots. Quand, par la notoriété obligatoire des faits, il est amené à constater de la véritable suppuration dans les veines, il insinue que c'est un abcès extérieur à la veine qui a pénétré dans l'intérieur du vaisseau. Cette opinion, professée d'ailleurs en passant et nullement discutée, est en opposition trop formelle avec celle de tous les auteurs qui ont accordé au sujet une attention spéciale pour qu'elle puisse prévaloir ici.

Il reste toujours la question de la transformation générale du sang en pus, en lieu et place dans les vaisseaux dont ne se sont occupés ni Virchow, ni ses successeurs, ni personne en un mot, sauf Tessier.

Ces faits cependant seraient bien dignes d'examen. En dehors de toute autre considération, jusqu'à ce que ceux

qui les ont avancés aient été convaincus d'erreur, nous persisterons à croire que le sang coagulé contenu entre deux caillots obturateurs est tout aussi susceptible de subir la transformation purulente que celui qui circule libre dans des vaisseaux qui n'ont subi aucune atteinte de travail inflammatoire.

On trouve des veines oblitérées dans toutes les périodes de la forme commune de la diathèse purulente; on en trouve à tous les degrés d'évolution. Dans la première période surtout se trouvent les thromboses qui doivent marcher vers la suppuration et devenir de véritables phlébites, ce sont les veines de long cours et de gros calibre, avant tout les crurales, les iliaques et les veines superficielles du bras, sans exclure la brachiale. Toutefois, les thromboses qui ne suppurent pas sont les plus nombreuses, ce sont celles qui se multiplient dans les dernières périodes d'émaciation et de marasme. On constate la métamorphose regressive de Virchow dans les grandes veines, ce sont elles qui produisent les embolies. On la constate aussi dans de très-petites veines superficielles. Ces thromboses des veines sous-cutanées sont souvent fort tardives; elles peuvent n'apparaître que plusieurs semaines après le début de la maladie. Il fut un temps où, tel était le prestige des phlébites que des partisans enthousiastes des théories hydrauliques ne reculaient pas devant l'extrémité d'invoquer ces thromboses ultimes pour expliquer la maladie. C'est ainsi que, dans une leçon publique, j'ai vu le professeur Blandin rendre compte de la mort d'un de ses opérés par la présence d'une petite thrombose que le décubitus prolongé avait provoquée derrière une malléole. Il pouvait bien y avoir six semaines que la maladie avait commencé quand avait paru la petite lésion que l'on rendait comptable de tout le mal.

Nous rattachons la *phlegmasia alba dolens* à cette forme commune dont elle affecte le plus ordinairement la marche. Ici, la lésion principale est habituellement une phlebite qui suppure ou ne suppure pas. Dans la première alternative, surviennent les abcès intra-veineux avec l'évolution accoutumée de l'œdème douloureux. Si la thrombose ne suppure pas, le travail regressif s'établit dans la crurale. La plupart des embolies, constatées dans les recueils d'observations, appartiennent à des thromboses de la veine crurale.

Ce qui signale la forme foudroyante ou ataxique de la diathèse purulente c'est l'absence de lésion ou la présence de lésions rudimentaires. Au début de leur évolution, il faut reconnaître qu'entre ces lésions rudimentaires les concrétions veineuses marquées par de petits caillots en voie de formation sont les plus fréquentes. C'est dans les veines utérines que l'on trouve ces débuts du thrombose, dans la fièvre puerpérale. Le mécanisme des embolies n'a rien à prétendre dans ces morts si rapides. Les cas qu'il leur faut attribuer sont les morts soudaines après quelques semaines de maladies en pleine convalescence ou peu de jours après l'accouchement, sans qu'aucune circonstance ait pu faire prévoir un accident.

Dans la forme fixe, la phlébite, quelquefois, représente la diathèse purulente comme seule affection locale, c'est alors une phlegmasie purulente qui peut être mortelle; heureusement, il n'en est pas toujours ainsi; il y a des cas favorables. Les auteurs allemands citent plusieurs faits d'embolie mortels, qu'ils rapportent à des cas de thrombose simple d'une seule veine.

En présence de la diathèse purulente, le nosographe doit assigner à la thrombose veineuse des rôles très-divers et des parts d'interventions fort distinctes.

Dr Hale, de New-York, accorde à ce remède une place entre l'opium et la belladone.

Hydrocotyle asiatica. Contre les dermatoses, — prurigo, — lichen, — eczéma, psoriasis, — surtout quand il y a hyperesthésie.

Kali bichromicum. Contre les polypes du nez et les végétations syphilitiques; le coryza chronique.

Kalmia latifolia. Contre le rhumatisme inflammatoire — et la maladie de Bright.

Lycopode. Employé avec succès dans les pneumonies graves, quand il y a mouvement d'éventail des ailes du nez (200e dilut.).

Nymphæa lutea. Contre les affections de l'appareil digestif. Flatulences, borborygmes, diarrhée bilieuse, muqueuse, sanguinolente.

Origanum vulgare. Contre les perturbations cérébrales, avec souffrances nocturnes et mélancolie noire.

Paullinia sorbilis. Contre l'hémicrânie.

Phosphorus. Si bien étudié par le Dr Sorge de Berlin, qui lui a consacré une monographie de 448 pages.

Phytolaca decandra. Contre les tumeurs, abcès, et fistules de la glande mammaire, et aussi contre les névralgies rhumatismales, surtout la sciatique.

Plantago major. A la 8e dilution, contre les fièvres intermittentes.

Plectranthus fructicosus. Eemployé contre le rhumatisme.

Symphytum autumnale, qui a réussi contre la névralgie du genou (30e), contre les accidents des fractures et autres lésions mécaniques.

Trillin. Principe concentré du *trillium pendulum,* utile à la 1re dilution, contre la ménorrhagie et les hémorrhagies passives.

Uranium azoticum, dont le Dr Hale a démontré l'efficacité contre le diabète.

Mais la partie la plus considérable de l'œuvre du Dr Brentano est, sans contredit, son commentaire à la matière médicale pure des mercuriaux.

Ce commentaire forme, à lui seul, un demi-volume de 370 pages et peut servir de modèle pour les travaux thérapeutiques à entreprendre sur un plan pareil pour tous les autres médicaments.

Cet ouvrage est divisé en deux parties : la première, de neuf chapitres; la seconde, composée de quatre. En voici l'analyse :

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE Ier. *Études historiques.*

Les anciens et les Arabes. — La syphilis est-elle une maladie ancienne ou nouvelle? — Le critérium de l'analogie indiquait le remède dans le mercure, mais de nombreux obstacles empêchèrent qu'on ne se fît une juste idée de son action et de ses indications.

— Premier usage et premiers abus du mercure. Ulrich de Hutten avoue que , sous l'influence du mercure, les hommes ne meurent pas, ils sont tués. Enthousiasme pour le gayac et les sudorifiques. — Le mercure, éclipsé un moment, reprend faveur. — *Fallope* et les anti-mercuristes. — De la salivation mercurielle, opinions contradictoires jusqu'à Van Swieten. — Progrès dans la connaissance d'action du mercure, depuis *Hunter* jusqu'à *Mathias.* — Influence du *traitement simple* sur la connaissance des relations entre le mercure et la syphilis; la clinique se trouve impuissante à résoudre les difficultés. — Usage et abus des mercuriaux dans les formes pathologiques les plus diverses. — Nouveaux auteurs qui systématisent l'histoire du mercurialisme. — Doit-on admettre une maladie mercurielle de forme distincte? But que nous nous proposons en confrontant les formes pathogéniques du mercure avec les formes nosologiques où l'on a coutume de l'employer.

CHAPITRE II. *Action générale des mercuriaux.*

Fièvre mercurielle. — Astruc. — Hahnemann, ce dernier l'observe sur les syphilitiques traités par le mercure soluble — Autres auteurs qui décrivent une fièvre mercurielle de forme inflammatoire. — Augmentation de fibrine dans le sang des mercurialisés et des syphilitiques. — Usage des mercuriaux dans les

fièvres inflammatoires et dans toutes les maladies regardées comme *phlogistiques*. — Contradictions des résultats pratiques sur la faculté qu'aurait le mercure d'empêcher l'effusion de la lymphe et d'en utiliser l'absorption, et pourquoi ? — Les diverses formes de fièvres mercurielles distinctes des auteurs. — Fièvre éréthique et adynamique de Dieterich. *Éréthisme* mercuriel de Pearson. Analogie qu'établissent les auteurs entre l'éréthisme et l'anémie aiguë, la cardite, la fièvre mercurielle adynamique, la débilité insolite du cœur. Différences entre l'éréthisme et la chloro-anémie mercurielle, d'après Küssmaul : — opinion de l'auteur. — Usage thérapeutique des mercuriaux dans toutes ces formes. — Dysurie, cachexie, cacochymie, scorbut mercuriel, — conditions du sang dans ces divers cas. Habersohn, Merat, Trousseau. — Le mercure employé contre la chlorose, l'hydropisie. — La cachexie syphilitique, semblable à celle du mercure, suivant Graves, différente d'après Kussmaul, ne fait pas obstacle au principe de la similitude, d'après l'auteur. — Action du mercure sur le système glandulaire. Conséquences : — Scrofule et scorbut mercuriels, — leur traitement par les préparations hydrargyriques.

CHAPITRE III. *Action sur le système cutané.*

Les dermatoses mercurielles, découvertes au commencement de notre siècle; hydrargyrie bénigne, fébrile, maligne de Halley. — Miliaire et hydrose mercurielles. Usage traditionnel du mercure dans la miliaire et la suette anglaise. — Scarlatine mercurielle; usage traditionnel du mercure dans la scarlatine, ses complications et ses conséquences. — Eczéma et érysipèles, produits et guéris par le mercure. Inflammations phlegmoneuses mercurielles, et thérapie mercu-

rielle du phlegmon, des phlébites traumatiques, etc. — Quelle est la valeur de la distinction établie par Kussmaul dans ces différents cas, entre l'action directe et indirecte des mercuriaux. — Éruptions pustuleuses, hydrargyriennes, thérapie mercurielle de la variole. — La pustule mercurielle et la syphilitique, impétigo mercuriel et formes ulcéreuses diverses curables par le mercure qui en produit de semblables.

Herpès préputial, lèpre et dermatoses chroniques; du mercure, unique raison de ses effets curatifs dans ses formes morbides. — Faculté pruritogène du mercure, expliquant son utilité, dans les affections de la peau, accompagnées de démangeaisons. — Éruptions papuleuses et lichénoïdes du mercure, qui est le remède des papules et du lichen. — Alopécie mercurielle, — alopécie syphilitique.

CHAPITRE IV. *Action sur l'appareil digestif.*

Stomatite, glossite, ulcérations, aphthes hydrargyriens. Salivation produite par des doses même infinitésimales de mercure. — Thérapie mercurielle de ces diverses formes morbides. — Angine mercurielle chronique, traitement des angines par le mercure en commençant par l'angine syphilitique. — Vomissement chronique, dyspepsie, hématémèse, pancréatite, diarrhée, dysentérie. De l'action du calomélas dans cette dernière maladie. — Les ulcères intestinaux, considérés comme indication homœopathique du calomel dans la dysentérie. — Choléra mercuriel, traitement du choléra par le mercure. — Entéropathie syphilitique et mercurielle, passion iliaque, et coliques traitées par le mercure. Indication de la pression interne que l'on croyait déterminer en faisant avaler du mercure métallique; réfutation. Le mercure ne guérit pas mécaniquement, mais dynamiquement la passion iliaque. —

Le mercure, cause d'helminthiase, n'en est pas moins un puissant anthelminthique, — affections mercurielles du foie; il produit l'hyperémie et la dégénérescence amyloïde, l'hypertrophie, l'ictéritie, l'ascite, etc. Aussi, en établissant le traitement mercuriel de ces maladies, Graves fait-il plus d'une confession homœopathique.

Tradition thérapeutique des mercuriaux dans les fièvres intermittentes, surtout les *fièvres quartes*. Son action par l'action pure du mercure. — La fièvre intermittente syphilitique.

CHAPITRE V. *Action sur l'appareil génito-urinaire.*

Hématurie, polyurie, albuminurie mercurielle; thérapie du pissement de sang, du diabète insipide et de l'albuminurie par le mercure. — Action du mercure dans les affections calculeuses, dysurie, strangurie, ischurie mercurielles. Usage du mercure dans l'ischurie et la blennorrhagie. — Ménorrhagie, aménorrhée, et avortement par influence du mercure et sous l'influence de la syphilis. Avortement des femmes syphilitiques enceintes, traité par le mercure. — Le mercure dans la stérilité. Son action fécondante et érotique; thérapie hydrargyrienne, de la leucorrhée, de l'aménorrhée, de la chlorose; — *adénophymose du testicule* et condylomes mercuriels, de Dieterich et de Mathias; observations de notre école.

CHAPITRE VI. *Action sur les organes respiratoires.*

Tubercules pulmonaires engendrés par le mercure, et spécialement par le sublimé corrosif. Son énorme fréquence chez les ouvriers qui travaillent cette substance. Thérapie mercurielle de la tuberculose pulmonaire. — Question de la phthisie syphilitique; — irrationalité de la thérapie mercurielle de l'angine membraneuse.

CHAPITRE VII. *Action sur le système osseux, articulaire-musculaire*, etc.

Y a-t-il une maladie mercurielle des os? là est le nœud de la question; la présence du métal dans les os n'est qu'une question secondaire. — Similitude qui existe entre les ostéopathies syphilitiques et mercurielles. — Graves et la périostite mercurielle. — Carie mercurielle des os. Autres confessions homœopathiques de Graves; l'abus et même l'usage du mercure crée une disposition à l'ostéite. Excellence de la thérapie mercurielle dans la périostite. — Les crânes du siècle passé. Opinions de *Canstatt*, *Astley-Cooper*, *Overbeck*, *Adelmann*, *Dieterich*. — Fréquence des fractures chez les ouvriers mineurs hydrargyriens, tumeurs osseuses, nodi et tofi, observés par Keller et Klement chez ces mineurs. Négation de Baümler, observations critiques de Virchow, Falck, Fergusson.

La similitude entre les affections osseuses mercurielles et syphilitiques est confessée par les spécialistes, prouvée par leurs erreurs et leur succès; — Kussmaul et Overbeck. — Thérapie mercurielle de la carie de la mâchoire inférieure, de l'exostose, de la périostose, nécrose, tumeur blanche, scoliose et rachitisme. — Rhumatisme hydrargyrien, articulaire et musculaire, arthralgie. Paralogisme, sur l'action du mercure, comme prédisposant à l'impression des causes externes rhumatisantes. Prophylaxie et thérapie mercurielle du rhumatisme articulaire et musculaire, de l'artralgie, de la goutte, etc. Rhumatisme syphilitique.

CHAPITRE VIII. *Action sur le système nerveux.*

Névralgies, gastralgies, tremblement. Trois formes de tremblement observées chez les mineurs d'Almaden : 1° tremblement proprement dit; 2° tremblement avec

convulsions et douleurs ; 3° *id.* avec paralysie et altération de l'intelligence. — De nombreuses observations prouvent que le mercurialisme professionnel peut assumer beaucoup d'autres formes, vertiges, paralysie, apoplexie, même indépendantes du tremblement; thérapie mercurielle de toutes ces affections, soit qu'elles reconnaissent une cause syphilitique, soit qu'elles dépendent de cause inconnue. — Graves accidents cérébraux produits par le mercure, traitement mercuriel du délire, de l'encéphalite, de la méningite, de l'hydrocéphale aiguë ou chronique.

CHAPITRE IX. (*Suite.*)

Amaurose et iritis mercurielle ; cure de l'amaurose et de l'iritis par le mercure; — épilepsie mercurielle et syphilitique, fréquence et diagnostic de celle-ci ; — tétanos et hydrophobie mercuriels, thérapie mercurielle de ces deux maladies; — dysphagie, hystéric, chorée, *delirium tremens* produits par le mercure qui guérit aussi ces maladies; — psychoses mercurielles, manie, aliénation, fureur, idiotisme, amnésie, traitement des névroses mentales par le mercure, surtout l'amnésie syphilitique, asthme mercuriel, nerveux et syphilitique.

CHAPITRE X. *Déduction des prémisses.*

La thèse de la similitude gagne tout ce que perd celle de l'identité. Les spécifiques tombent en discrédit, même dans l'école allopathique ; le mercure en homœopathie est l'un (non l'unique) des remèdes spéciaux de la syphilis, par la même raison qu'il peut se trouver aussi spécialement indiqué dans tant d'autres formes nosologiques.

SECONDE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. *L'homœopathie et la syphilis.*

Choix des préparations mercurielles, cadre synoptique

du traitement homœopathique de la syphilis, — la question de la syphilisation.

CHAPITRE II. *Thérapie homœopathique des mercuriaux.*

Indications positives fournies par l'école pour l'emploi du mercure dans la plupart des maladies. Ces indications sont surtout puisées dans la clinique de Ruckert, où elles occupent plus de 400 paragraphes, il nous serait donc impossible de les analyser tous ici. Disons seulement que tout praticien y trouvera les plus complètes indications pour l'usage du mercure dans toutes les maladies.

Par exemple, pour les dermatoses chroniques, il divise ainsi les indications :

Le *biiodure de mercure* convient dans les formes tuberculeuses et pustuleuses, partout encore où la nodosité est l'élément fondamental, et encore si la dartre est de forme arrondie et proéminente.

Le *solubilis* et le *cinabre* dans l'eczéma avec prurit violent, etc.

CHAPITRE III. *Question des doses et des antidotes.*

Exemples des plus fortes doses prises sans accident, et des doses les plus infinitésimales produisant des accidents et des effets médicamenteux; — traitement mercuriel par l'intermédiaire de la lactation; la chimie ne découvre cependant aucune trace de mercure dans le lait des nourrices et des animaux mercurialisés; — les antidotes physico-chimiques proposés par l'ancienne école, et les antidotes dynamiques proposés par la nôtre; — usage et efficacité des eaux minérales dans le mercurisme soit seul, soit accompagné de syphilis; — question de l'absorption matérielle du mercure et de sa persistance dans le corps vivant; — le mercurisme et la syphilis à l'état latent, pouvoir des eaux minérales pour

réveiller leur diathèse; — les eaux sulfureuses dans le mercurisme.

CHAPITRE IV. *Action comparée, conclusion.*

Remèdes rapprochés du mercure et qui lui sont comparables, d'après Noack et Trinck, Jahr, Bœnninghausen, Teste, etc.— Méthodes analytique, synthétique, pathogénique et thérapique de comparaison, méthode mixte; — le mercure et les polychrestes, acon. bellad. bry. hep. sulf. pulsat., dans leurs rapports avec le processus inflammatoire; — le *mercure* et la *nux vomica*, dans leurs rapports avec le système gastro-entérique;— le *mercure* et l'*arsenic*. — Conclusion. Tel est le plan général de cet ouvrage; il suffira pour en faire comprendre l'utilité et l'importance, et pour donner à chaque praticien homœopathe le désir de posséder dans sa bibliothèque un ouvrage aussi riche en documents précieux.

CH. OZANAM.

BULLETIN

DÉBUTS DE M. GRISOLLE COMME PROFESSEUR DE CLINIQUE A L'HOTEL-DIEU, DE M. N. GUILLOT, AU MÊME TITRE, A LA CHARITÉ. — ÉPIDÉMIE DE SAINT-PÉTERSBOURG, ETC. — LA PHILOSOPHIE SELON SAINT THOMAS, PAR GOUDIN. — BANQUET EN L'HONNEUR DE L'ANNIVERSAIRE DE LA NAISSANCE DE HAHNEMANN.

Les cliniques médicales de la Faculté ont subi, comme on sait, un véritable changement à vue. M. Bouilland, seul des quatre professeurs ses collègues, est resté immobile, ainsi qu'un sénateur romain, dans sa chaise curule de la Charité, bravant, non le glaive des Gaulois, mais l'instabilité des choses et la fatigue des ans. M. Piorry, emportant comme Énée ses pénates, les fragments de la pathologie réduite en poudre sous ses coups, est allé abriter dans la chaire de l'Hôtel-Dieu, veuve de Chomel et de M. Trousseau, sa médecine du *bon sens* qu'il persiste à confondre avec celle du sens commun. Nous ne reviendrons pas sur ces deux vétérans de l'École de Paris. L'événement du mois, c'est le début sur le

terrain de la clinique, non pas précisément de deux jeunes recrues, c'est la prise de possession par M. Grisolle de la chaire de M. Rostan, et de celle de M. Piorry par M. Natalis Guillot. Les deux nouveaux professeurs de clinique semblent du reste s'être donné le mot pour faire le moins de bruit et produire le moins de sensation possible. Jamais leçons d'ouverture ne furent plus décolorées, plus dépourvues d'accent, d'idées et de principes.

M. Grisolle, élève de Chomel, auteur presque classique, s'il n'était trop organicien, le moins rebelle à la tradition parmi les professeurs de la Faculté, le plus conservateur de nos prétendus progressistes, ou comme les appelait si justement Tessier, des *romantiques* en médecine, n'a fait ni discours ni profession de foi. C'est expéditif et peu compromettant. Il s'est borné à quelques mots d'éloge obligés pour MM. Chomel et Rostan, puis, sans transition, s'est mis à exposer l'histoire de la *malade couchée au numéro 22 de la salle Saint-Antoine*, atteinte de péritonite tuberculeuse.

En fait de principes généraux, rien ; à moins qu'on ne se contente des phrases suivantes : « Je vous le dis franchement, ce n'est pas ici, mais au lit des malades que vous vous instruirez le plus. Ne cherchez pas à tout voir; bornez-vous à bien étudier deux, trois ou quatre malades au plus ; prenez leurs observations avec exactitude ; tous vos maîtres vous diront (et je pourrais invoquer ici les plus illustres témoignages) que c'est là la seule manière de bien apprendre la pathologie » (1). Si quelque écho de cette leçon a pénétré jusqu'à M. Louis, dans sa retraite, il a dû tressaillir à ces paroles : *prenez des observations*, ce qui ne veut pas dire, on le sait, *observez ;* car pour bien observer, il faut connaître par principe et par méthode ce qu'on observe; il faut savoir ce que c'est qu'une maladie, à quelle maladie on a affaire, comment on peut la distinguer de toute autre, de quelle forme de cette maladie il s'agit, etc., etc. ; toutes choses dont le professeur croit inutile de dire le premier mot; toutes choses cependant sans lesquelles il est impossible de faire de la médecine pratique. Mais à quoi bon des principes, une méthode ? Nos professeurs du jour savent bien s'en passer : la banalité de l'*observation* et l'*anecdote* sur le malade *couché au numéro tant* leur suffit. Quelle comparaison, quelle concurrence craignent-ils ? Ah ! si quelque clinique indépendante et rivale pouvait s'ouvrir vis-à-vis des leurs, quel aiguillon pour leur talent, leur savoir, leur intelligence, paralysés par la routine et les préjugés d'un règne sans partage !

Nous le reconnaissons sans peine, M. N. Guillot a fait un peu plus d'ef-

(1) *Gazette médicale*, 11 avril.

forts que M. Grisolle pour inaugurer son cours. Mais où mène-t-il ses élèves et que fait-il de la médecine? Il la décapite et la réduit, sous prétexte de progrès, à l'étude des *lésions*. Naturellement plus disert, ou si l'on veut plus éloquent, mais aussi moins médecin que son collègue, grand contempteur de la tradition, épris d'admiration pour les sciences physiques, physiologiste, ainsi qu'on l'est aujourd'hui, plutôt que praticien, M. Guillot est, plus qu'il ne le croit lui-même, le vrai successeur de M. Piorry. Comme ce dernier, il supprime, sinon la médecine, du moins les maladies. Frappé de ce que les phénomènes morbides ne sont « que des variations des phénomènes ordinaires accomplis chaque jour dans le corps humain..., » que tout, dans chaque malade, n'est « autre chose qu'une déviation d'un phénomène physiologique, » il en conclut à l'existence de phénomènes déviés, pathologiques, mais en fin de compte, il perd la notion de maladie. Tout se réduit, pour lui, en effet, en médecine, à la connaissance du *symptôme*, de la *lésion*, de la *cause* et de leurs rapports; tout est là. « Malheureusement cette *triple connaissance* de la cause, de la lésion et des phénomènes produits qui représenterait la perfection de l'art médical, n'est qu'incomplétement possédée par nous. » C'est là de l'anatomie pathologique, ou plutôt de l'*organopathologisme* tout pur. Le symptôme, la cause, la lésion, sont en rapport constant et parfait; rien de plus simple et de plus naïf. Écoutons le professeur :

« Quand nous trouvons ces causes, nous constatons constamment ou à peu près la production de phénomènes semblables, non-seulement dans l'action directe, mais encore dans l'action consécutive. Les exemples sont nombreux. Prenons les poisons morbides, les virus, et la succession des phénomènes qui en dérivent; la cause ayant été produite, nous en connaissons le phénomène, et de plus, en connaissant le phénomène, nous en déduisons les lésions; et, prenant la question sur les deux extrêmes, la cause et le phénomène, nous pouvons, la cause connue, dire le phénomène, et, le phénomène connu, en indiquer la cause. Prenons l'action du froid, ou plutôt de la variation de température : nous en déduisons ces phénomènes constants, variés et produits partout où il existe du tissu fibreux; nous en déduisons ce qu'on appelle rhumatisme, nous en déduisons, comme action consécutive et parfois très-éloignée, tous les phénomènes consécutifs aux changements du tissu fibreux et de la fibrine elle-même. » Un homme aussi distingué peut-il s'abuser à ce point? Et quoi! le froid vous rend compte du *rhumatisme*, de ses *formes*, de ses *lésions*, de ses *variétés?* Vous en *déduisez ses phénomèmes constants et variés?* Vous déduisez *du virus* de la syphilis tan-

tôt la forme bénigne, tantôt la forme grave de cette maladie, tantôt son développement complet, tantôt l'absence de tout état morbide; vous *déduisez*, phénomène par phénomène, de l'influence d'un refroidissement, auquel ont été soumis plusieurs individus, la pleurésie chez l'un, l'angine chez l'autre, la conservation de la santé chez le troisième? Mais c'est de la médecine..... de Molière! Vous avez trop d'esprit pour n'être pas au-dessus de pareilles pauvretés. Malheureusement, sauf le langage moins grec, force nous est de reconnaître que M. Guillot est un disciple fidèle de M. Piorry. Bon gré, mal gré, lui et les meilleurs de ses collègues, ils en sont tous là aujourd'hui. Quand on s'arrête à cette vérité que les symptômes morbides ne sont que des phénomènes physiologiques déviés, les lésions que des produits physiologiques altérés; quand on ne s'élève pas plus haut; quand on perd de vue cette autre vérité supérieure que les lésions et les symptômes se *groupent suivant des modes définis*, forment *des ensembles fixes et immuables*, qu'on appelle des espèces ou des essences morbides, auxquelles l'expérience et le bon sens ont fait donner des noms dans tous les temps et chez tous les peuples, l'idée de maladie échappe, s'évanouit, et la mécine cesse d'être enseignée. C'est là qu'est arrivé sans s'en douter et avec une grande satisfaction d'esprit, M. Guillot. Toute sa première leçon, qu'on la lise et relise, ne roule exclusivement que sur ces trois termes fondamentaux : cause, symptôme, lésion. De la maladie, rien. « La clinique est une grande étude de physiologie pathologique..... Il est un autre but cependant de la clinique, c'est de chercher à diminuer les souffrances humaines et à préparer le retour des conditions régulières de la physiologie » (1). Voilà la base et le but de la médecine en général et de la clinique en particulier. L'*état physiologique dévié* par le froid, par le chaud, par les virus, par les poisons morbides, par mille causes, de mille manières et à des degrés indéfiniment variables, voilà la pathologie; l'*état physiologique restauré*, voilà la thérapeutique. Cette idée de la médecine ainsi réduite à une physiologie pathologique de fantaisie, délayée en phrases pompeuses qui remplissent six colonnes de journal, avec accompagnement obligé de plaisanteries dédaigneuses sur la médecine ancienne, et d'éloges hyperboliques pour la science moderne, la supériorité de notre époque; voilà toute la leçon d'ouverture du cours du nouveau professeur de la Charité. A cette lecture, nos lèvres (qu'on nous le pardonne), parodiant le mot célèbre : Pauvre roi! pauvre France! balbutiaient ces paroles : Pauvre science! pauvres élèves!

(1) *Gazette des hôpitaux*, 18 et 20 avril 1865.

Il n'est pas étonnant qu'avec les tendances de l'enseignement théorique et pratique de la médecine moderne, on ne sache plus distinguer ni désigner clairement une maladie épidémique. Qui n'a pas, dans ces derniers temps, entendu parler de la peste de Saint-Pétersbourg, de la peste de Sibérie ? Ce fléau allait-il, comme le choléra, envahir l'Europe occidentale ? Était-ce une maladie connue, une maladie nouvelle ? Questions officieuses, demandes officielles ont été posées ; elles n'ont amené que des réponses plus confuses et plus obscures les unes que les autres, à en juger par le document, le plus autorisé et le plus scientifique, émané du président de l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. D'après cette pièce, « l'épidémie ne présente à l'observation rien d'inconnu à la science ; point de forme unique, mais bien *le genre typhoïde*, avec diverses ramifications connues, ainsi, *fièvre typhoïde*, *typhus petéchial*, *fièvre typhoïde bilieuse*, *fièvre récurrente* (*febris recurrens*, *recurrirendes* des Allemands, *relapsing fever* des Anglais.....). Le typhus qui sévit aujourd'hui ne diffère des fièvres dont nous venons de parler que par une plus grande extension et une plus grande intensité des symptômes qui le caractérisent ; pourtant d'autres maladies, qui appartiennent au même genre de maladies typhoïdes, viennent de se montrer pour la première fois à Saint-Pétersbourg, et le nombre de cas constatés l'a emporté sur celui des fièvres typhoïdes pendant les mois de novembre, décembre 1864, janvier, février et mars de cette année. Ce sont la *fièvre typhoïde bilieuse* et tout particulièrement la *fièvre récurrente.* » — Voilà qui est clair et satisfaisant !

« L'origine de cette épidémie peut être attribuée à des conditions mauvaises d'hygiène, d'une part ; à la consommation de légumes (de choux, de pommes de terre particulièrement) mûris et poussés dans des conditions climatériques défavorables, ce qui a produit sur toutes les denrées alimentaires saines un renchérissement considérable ; à l'usage immodéré de l'eau-de-vie de grain par les ouvriers et le bas peuple ; à une agglomération inaccoutumée d'ouvriers dans la capitale vers l'automne dernier, ce qui a occasionné un encombrement considérable dans leurs logements, encombrement très-nuisible à une bonne hygiène (surtout dans le climat de la Russie) ; à ces causes accidentelles il convient d'ajouter encore, comme pour toutes les épidémies, les variations atmosphériques si fréquentes, surtout si prononcées sur les bords du golfe de Finlande, et qui produisent ce que les médecins nomment *genius morborum epidemicus.* »

Nous renverrons à M. le professeur Guillot pour savoir s'il peut, « ces causes étant produites, en connaître les phénomènes, et de plus, en con-

naissant les phénomènes, en déduire les lésions; » ou, pour parler plus clairement, s'il peut *déduire* de cette masse de causes la maladie dont il s'agit.

Le document susdit donne ensuite une description de symptômes qui paraissent empruntés à plusieurs maladies différentes.

Il paraît, malgré la confusion déplorable qui règne sur ce sujet, il paraît ressortir de l'ensemble des renseignements, que la maladie est, dans la plupart des cas, une fièvre typhoïde; mais dans l'énumération des caractères anatomo-pathologiques que donne le rapport susmentionné, ce qui manque précisément c'est la lésion abdominale pathognomonique. — Il faut donc suspendre tout jugement jusqu'à plus ample informé. Du reste, l'épidémie, concentrée parmi les ouvriers et dans les hôpitaux, est en voie de pleine décroissance.

Quittons les obscurités de la médecine pratique contemporaine pour la lumière de la philosophie, en disant un mot d'une traduction remarquable de la philosophie selon saint Thomas, par Goudin, due au R. P. Bourard des frères prêcheurs (1). Cette traduction est moins étrangère à *l'Art médical* qu'on ne pourrait le supposer. J.-P. Tessier avait, comme on sait, un grand respect pour la philosophie de saint Thomas, recommandait souvent la lecture de son interprète autorisé, Goudin; et ce fut lui qui donna au savant père Bourard, l'idée de le traduire. Il ne nous appartient pas de rendre compte de cet important travail, dont il sera très-certainement rendu compte ailleurs; quel que soit notre attachement à la philosophie du docteur angélique, il va sans dire que nous suivons, avant tout, le grand enseignement de l'Église; que nous respectons les opinions libres qu'il est permis, sur beaucoup de points, d'avoir et de défendre, et qu'enfin, nous ne nous faisons aucune illusion sur la valeur de quelques opinions arriérées du grand théologien sur la physique, le mouvement de la terre et certains phénomènes physiologiques. Cela dit, nous déclarons n'avoir pas de guide plus sûr que saint Thomas sur toutes les questions philosophiques et théologiques qui se rattachent à la connaissance de l'homme, à la physiologie et même à la médecine, et nous ne saurions trop conseiller une lecture si utile, pour ne pas dire indispensable.

Pour passer à un sujet moins élevé, terminons par quelques mots sur le banquet annuel en mémoire de la naissance de Hahnemann. Comme chaque année, cette réunion confraternelle a eu lieu, non le 10, mais

(1) 4 vol. in-8, chez Poussielgue-Rusand.

le 24 avril; elle a été aussi nombreuse, aussi animée, aussi cordiale que de coutume. On y remarquait un certain nombre de notabilités de la littérature et de la presse. Plusieurs médecins distingués étaient venus de divers départements se joindre à leurs confrères de Paris. Deux d'entre eux, particulièrement connus des lecteurs de *l'Art médical*, s'y étaient donné rendez-vous; le Dr Imbert-Gourbeyre, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, médecin aux Eaux de Royat, et le Dr Bourgeois, de Tourcoing, auteur de plusieurs travaux importants.

En l'absence du Dr Molin, président de la Société homœopathique, le banquet était présidé par le vice-président ayant en face de lui M. Léon Simon père. Au dessert, ce dernier s'est levé et, après avoir porté le toast sacramentel *à la mémoire de Hahnemann*, il a fait un discours concluant à *la fondation de Cliniques homœopathiques*.

Un autre toast a été ensuite porté à l'*Opinion publique protectrice persévérante de l'homœopathie*. Puis, M. L. Simon fils a salué *la bien-venue d'un représentant de l'enseignement officiel*.

M. Imbert-Gourbeyre a répondu immédiatement en buvant *à la Science et à la Liberté*.

Enfin, MM. Leboucher, L. Jourdan, Jarh, Chancerel, Boyer, ont porté des toasts : le premier *à la presse*, le second *aux homœopathes morts*, le troisième *aux hommes de bonne volonté*, les deux derniers *aux médecins étrangers* et *aux succès de l'homœopathie*.

Le temps et l'espace nous manquent pour insérer ici ces diverses allocutions, dont nous donnerons le texte dans le prochain numéro, mais nous ne pouvions ne pas dire au moins un mot dès aujourd'hui de cette soirée, toute de famille, et de la bonne impression qui nous en est restée.

ALPH. MILCENT.

COURS PUBLIC DE MÉDECINE PRATIQUE.— Le Dr A. Milcent, ancien interne des hôpitaux, commencera, le mardi 16 mai, à quatre heures, dans l'Amphithéâtre, rue Larrey, 3, un cours sur les *maladies de poitrine*, et le continuera, à la même heure, les samedis et mardis suivants. Le *traitement homœopathique* sera exposé à propos de chaque maladie.

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE A. PARENT, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

L'ART MÉDICAL

JUIN 1865

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 2e ARTICLE (1) —

II

Dans la pénombre des hypothèses, les faits souffrent toujours quelques obscurcissements. L'étude de la plupart des maladies en est la preuve trop constante. Mais l'un des exemples les plus éloquents et les plus irrécusables est celui de la diathèse purulente, en particulier. C'est une histoire, même au point de vue restreint de la symptomatologie, littéralement semée d'artifices. Elle procède par affirmations aussi tranchantes que gratuites. Le nombre des conjectures prime celui des phénomènes. Le tableau des manifestations de la nature s'efface devant les superbes prétentions des théories.

De là vient que, méconnue dans son essence et ses principes, comme maladie déterminée, ainsi que nous l'avons montré dans le précédent chapitre, la diathèse purulente n'est guère moins ignorée dans l'ensemble de ses attributs, et que la description de ses symptômes et de ses évolutions, même dans ses formes les plus familières, présente, au milieu de ses erreurs, autant de lacunes que de superfétations. L'observation s'y perd

(1) Voir *l'Art médical*, mai 1865.

sous les arabesques de la fantaisie; aussi lorsque, sans se laisser séduire par ses reliefs mensongers, l'investigateur prétend appréhender au corps cette prétendue réalité objective, gonflée du souffle vain des systèmes, il s'aperçoit aussitôt de son inconsistance. Il lui devient impossible d'assigner des caractères fixes, en vue d'une détermination nosologique positive, à ces amas d'ondoyantes vapeurs.

Néanmoins, de graves chirurgiens et dont le nom inspire toute confiance, qui font autorité dans ces matières, n'ont pas hésité à prendre la responsabilité de ces créations chimériques, illusions obligées du point de mire étroit et vicieux où ils sont placés. C'est là ce qui explique, et fait excuser beaucoup d'ailleurs, ce tableau confus et tout à fait inacceptable, d'après lequel la plupart nous ont retracé du bout de leur pinceau systématique les traits extérieurs des accidents en question.

Cette peinture qui a la prétention de nous représenter et de nous faire connaître la teneur ordinaire et manifeste des symptômes, peut se résumer d'une manière générale et sommaire à l'exhibition suivante : « *Toutes les fois*, — nous dit-on sans jamais hésiter, — *que le pus* (de la plaie ou de la veine enflammée) *infecte le sang*, de graves frissons ouvrent la scène, *se répétant à mesure que de nouveaux contingents de l'humeur infectieuse pénètrent l'économie; de sorte que l'on peut saisir*, en quelque manière, *le moment où se fait ce passage et suivre de l'œil les étapes successives de cette funeste invasion*. Les éléments délétères du pus, *charriés en abondance et transportés par* les canaux vasculaires *dans le torrent circulatoire à toutes les profondeurs de l'économie, ne tardent pas à empoisonner la masse entière du sang*, et à développer les symptômes ataxo-adynamiques de l'*état*

typhoïde qui accompagnent généralement les fièvres *graves, de provenance septique;* et par le fait de cet *empoisonnement miasmatique, se multipliant et se généralisant de lui-même,* le malade succombe, en présentant, disséminés dans diverses régions et dans certains émonctoires de l'organisme, les traces les moins équivoques de *l'infection pyohémique révélée par la multiplicité des foyers purulents.....* »

A Dieu ne plaise que je prête ici avec complaisance, à cette esquisse, des couleurs imaginaires. Loin de là, au lieu de l'étendre ou de la délayer, je me borne à condenser, — aussi fidèlement que possible, — en quelques lignes la description généralement attribuée aux accidents objectifs de la diathèse purulente. Il me serait trop facile de poursuivre et de montrer par quels artifices l'on a tenté d'ajuster les périodes de la maladie aux préoccupations hypothétiques, — soit du pus non encore formé ou déjà enkysté dans le caillot intraveineux, — soit du pus libre de toutes les barrières qui le séparaient du sang. A quelques développements ou à quelques variantes près, le fond commun de ces visées reste le même : un incident physiologique de pure hydraulique animale, et tout au plus un semblant d'anatomie pathologique substitué à l'exposition régulière et méthodique des symptômes.

Et il faut bien noter que cette prétendue description des symptômes varie nécessairement, d'ailleurs, suivant la donnée conjecturale qui en est le départ. Je ne m'occupe en ce moment que des hypothèses qui, malgré leur ruine, ont laissé une forte empreinte dans la science contemporaine, — savoir, de la résorption purulente et de la phlébite infectieuse. La théorie plus ou moins nouvelle de l'infection putride modifie peu ces points de vue. Mais voilà qu'il faut faire table rase non

seulement de toutes ces explications courantes, mais encore de tous les phénomènes objectifs qu'elles remorquent après elles, si l'on préfère s'en rapporter à la récente systématisation proposée par Virchow. Cette dernière, au moment où j'écris ces lignes, est l'objet, dans *l'Art médical*, d'une judicieuse critique de la part de mon savant ami, le Dr Ed. Dufresne (de Genève). Je ne veux donc mentionner ici la nouvelle tentative allemande qu'en passant, et pour montrer une fois de plus combien sont vains et mensongers, dans la circonstance qui nous occupe, tous ces phénomènes d'infection par le pus, puisque ce qui manque le plus ordinairement dans ces phlébites infectieuses, d'après l'illustre micrographe de Berlin, venant à notre rescousse, — c'est le pus, le véritable pus, cette prétendue cause de l'infection.

Nous savions déjà très-bien que la phlébite suppurée, en particulier, pour expliquer les lésions multiples et disséminées, « loin de se présenter, — dit M. Dufresne, — dans l'universalité des cas de diathèses purulentes, était à peine constatée dans la moitié des faits observés. Cette objection est décisive. Évidemment quand l'on veut tenter d'expliquer la cause prochaine d'une maladie par une lésion, au moins faut-il que cette lésion soit un fait constant. Nouvelle déconvenue : la moitié au moins de ces phlébites constatées deviennent inutiles, puisque l'on découvre que la suppuration ne s'y produit pas. » Et en effet, ce liquide *pyoïde* qui la remplace, d'ailleurs enkysté dans le caillot intra-veineux, pris pour du pus jusqu'à Virchow, n'a du pus, d'après les recherches de ce dernier, que les apparences (1).

(1) M. Dufresne rappelle avec raison que « J.-P. Tessier, dans son mémoire (1838), avait déjà entrevu, sans le secours du microscope, la nature particulière du liquide pyoïde. En décrivant les lésions des veines, il dit qu'après avoir incisé les parois de ces canaux enflammés,

Quoi qu'il en soit, ces recherches viennent susciter un bouleversement complet dans l'exposition accoutumée des phénomènes de la diathèse purulente; et les symptômes rapportés à l'infection vont céder la place aux considérations sur l'*inopexie*, c'est-à-dire sur la disposition du sang à la coagulation, sur les thromboses, les accidents embolitiques, etc., etc. Et, bien que la science puisse tirer un très-grand parti, au point de vue de l'anatomie pathologique, des investigations dues au professeur de Berlin, toujours est-il que la cause prochaine qu'il signale est complétement insuffisante et que prétendre lui subordonner le mécanisme essentiel de la maladie, dans l'ensemble de ses formes et de ses évolutions, c'est s'exposer souvent à la méconnaître et toujours à sacrifier ses caractères aux préoccupations systématiques du moment.

Aussi, le portrait que l'on nous retrace habituellement de la diathèse purulente est-il peu ressemblant; et il n'est pas étonnant que cette maladie échappe, d'une manière plus ou moins fréquente, à l'attention et à la sagacité des chirurgiens, ainsi qu'il est facile et important de l'établir par quelques exemples. Mais, auparavant, il convient de lui rendre ses véritables caractères pour fixer un terme rigoureux de comparaison. Et, pour cela, nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement aux yeux du lecteur les touches vigoureuses de l'œuvre du maître. A cette esquisse on reconnaîtra sans peine l'artisan qui eut le rare génie de l'observation sans en afficher jamais, comme tant d'autres, la prétention vaniteuse et le monopole stérile. Voici ce tableau devenu classique désormais.

on trouve leur cavité remplie, soit par du sang coagulé, soit par du pus, soit par *une* SUBSTANCE *jaunâtre, semi-liquide, pulpeuse, qui ne ressemble ni au pus, ni à la lymphe plastique.* » V. *Art méd.*, mars, avril, mai 1865.

« Lorsqu'on voit un malade tomber dans un état d'inexplicable faiblesse, accuser avec une certaine indifférence quelques douleurs vagues ou fixes; s'il s'amoindrit visiblement, s'il change promptement de figure et que la peau de sa face comme celle de son corps perde en partie, non-seulement sa transparence, mais sa coloration naturelle, pour devenir mate, sale et quelquefois ictérique; si ses traits ne s'harmonisent plus et produisent par leur désaccord l'expression de l'anéantissement; si des frissons habituels et intermittents viennent agiter convulsivement ce corps terne et livide, et font place à des sueurs froides répandues à la surface d'une peau sans élasticité et sous laquelle le pouls frémit plutôt qu'il ne bat, — en quelque circonstance que ce soit, au début, dans le cours, à la fin d'une maladie, à la suite de blessures, à la suite de couches, — on peut affirmer qu'il y a diathèse purulente. »

Inutile, je pense, de faire observer que ce prototype générique, si admirablement tracé de la maladie, ne saurait comprendre les différences formelles et spécifiques de tous les cas particuliers et surtout les variétés nombreuses que chaque individualité met en relief aux yeux du praticien. Ces réserves faites, bornons-nous à examiner ici brièvement, au point de vue de ses principales catégories, combien la maladie qui nous occupe doit tromper souvent l'attention et surprendre la vigilance des observateurs retenus par leurs préjugés systématiques.

1° Diathèse purulente spontanée.

Bien que dans la tradition, au moins à une époque assez voisine de nous, la disposition contre nature du corps, déterminant d'emblée la formation des abcès

graves et multiples, soit désignée sous son véritable nom de diathèse purulente, surtout par de Haën, Walther, etc., et qu'un assez grand nombre d'auteurs en aient rapporté d'irréfragables exemples (1), l'histoire de cette catégorie importante de la maladie n'a été véritablement instituée et sanctionnée que par les travaux de J.-P. Tessier. Et la seule preuve, — suffisamment décisive — qu'il me paraît utile d'en donner, c'est que tous les cas que l'on peut lui rapporter étaient et sont encore très-généralement confondus, — malgré quelques réclamations instinctives assez vaguement ou timidement formulées, — avec d'autres états morbides fort différents.

Les manifestations organiques de la diathèse purulente présentant, sous le rapport de leur siége, de nombreuses variétés, il est facile de comprendre que chacune d'elles fut rapportée, en vertu du principe souverain de la localisation des maladies, à la réaction de l'organe affecté. En effet, si le tissu cellulaire était en jeu, on invoquait le phlegmon; si, un conduit veineux : la phlébite; si, le cœur : la plèvre, le foie, les poumons, la cardite, la pleurésie, l'hépatite, la pneumonie; si, les cavités articulaires : le rhumatisme; — et toujours sans rien voir au delà. Pourtant, en présence de ces suppurations latentes, multiples ou profuses, souvent inexorables, toujours graves, attaquant avec la même énergie, plaçant sous le même niveau tous les tissus, tous les viscères, toutes les humeurs coagulables de l'économie, attestant par l'identité de leurs symptômes et de leur marche, et les mêmes fins et la même nature, que devient cet autre principe futile

(1) Consulter à ce sujet l'excellent travail de notre ami et savant collaborateur, le Dr Ch. Ravel, de Cavaillon : *Recherches bibliographiques sur la diathèse purulente*, inséré dans *l'Art médical*, t. X, p. 368 et 447; 1859.

et banal de la doctrine organicienne, d'après lequel les différences de l'inflammation répondent, — terme pour terme, — aux différences d'organisation des parties du corps humain? Je ne veux point m'arrêter à cette inconséquence, il me suffit de montrer sous quel masque changeant l'esprit de système dissimule nécessairement, suivant les localisations constatées, les manifestations symptomatiques diverses de cette forme de la maladie.

C'est surtout le *rhumatisme*, à cause de la fréquence des localisations articulaires dans la diathèse purulente spontanée, que l'on a rendu l'agent le plus ordinairement responsable de celle-ci. A l'exemple de Broussais, M. Bouillaud a rapporté, dans son *Traité du rhumatisme articulaire*, un assez grand nombre d'observations de prétendues arthrites rhumatismales suppurées, en compagnie, le plus souvent, d'abcès multiples. Encore que Chomel (1) et ses élèves, MM. Henri Gouraud et Grisolle, aient protesté avec raison contre cette confusion de nature, — grâce à l'élasticité singulière que beaucoup de personnes prêtent à ce mot de rhumatisme, pareille méprise se répète trop fréquemment aujourd'hui; et les suppurations aiguës et graves des jointures continuent, comme devant, à figurer fort mal à propos au passif du vice rhumatismal. — Un de nos anciens collègues, le Dr Mathieu, ex-interne des hôpitaux de Lyon, a résumé avec beaucoup de fidélité, dans son excellente thèse (2), les caractères distinctifs de ces deux affec-

(1) Chomel, malgré son tact médical très-développé, pourrait être récusé, à la rigueur, comme arbitre en cette question, parce qu'il a lui-même mérité le reproche d'avoir confondu la goutte et le rhumatisme, au point de vue des mêmes errements, c'est-à-dire en vertu de la communauté des localisations dans ces deux maladies.

(2) Jean-Louis Mathieu, *De la Diathèse purulente spontanée*. Thèse de Paris, août 1849.

tions, en quelques mots qui doivent trouver place ici. « Une maladie, nous dit-il, que l'on confond assez fréquemment avec la diathèse purulente spontanée, c'est le rhumatisme articulaire aigu. Toutefois la marche continue, rémittente de la première, ses frissons répétés, le cachet de gravité qu'elle imprime à tous les phénomènes généraux, le peu de mobilité des arthrites, qui se multiplient le plus souvent sans se déplacer pour cela; enfin l'ictéricie inflammatoire, si marquée dans la diathèse purulente, qu'elle en constitue un des caractères importants : tels sont les signes principaux qui peuvent servir à distinguer ces deux maladies, lors même que la diathèse purulente n'envahit que les articulations. Mais, si la diarrhée fétide, si les suppurations diffuses des membres s'y joignent, qui pourra les confondre avec le rhumatisme articulaire aigu, même pendant la vie ? Enfin, la méprise est inexcusable après la mort. Comment confondre l'arthrite rhumatismale, cette inflammation essentiellement résolutive, que certains auteurs ne regardent même que comme une simple fluxion, avec l'inflammation essentiellement purulente de la maladie qui nous occupe ? Ajoutons à ce tableau les abcès musculaires, les phlegmons diffus, les éruptions purulentes, les abcès viscéraux du poumon, du foie, de la rate, du cerveau, les épanchements purulents des grandes séreuses splanchniques ! Qu'ont toutes ces lésions de commun avec le rhumatisme, si ce n'est quelques-uns de leurs siéges ? »

Maintes fois aussi, en présence des frissons répétés et de la rémittence des accidents liés à la diathèse purulente, les médecins, méconnaissant cette dernière, l'ont rapportée à la *fièvre intermittente*, au grand préjudice de leur pronostic. Dans cette imperturbable illusion, ils se flattaient d'en triompher aisément au moyen du fé-

brifuge ordinaire; malheureusement il perd dans ce cas sa valeur héroïque, et le praticien déconcerté n'a d'autre ressource dans cette extrémité que de rejeter cet échec sur la bizarrerie de la nature et de supposer l'intervention d'un fait insolite, de quelque accident pernicieux, au lieu de reconnaître humblement que ses calculs ont été déjoués par la seule faute de son diagnostic. Notre ami, M. Dufresne, qui a fait de la diathèse purulente une étude fort attentive et l'objet de nombreux travaux, a rapporté de cette méprise une observation fort curieuse (1). Un jeune homme qui succomba aux accidents de la diathèse purulente, avec une collection suppurée dans le foie et des abcès métastatiques dans le poumon droit, fut traité pendant plus d'un mois pour une fièvre intermittente. Au début, le médecin appelé avait déclaré le cas fort simple et ordonné, en conséquence, le sulfate de quinine. Le mal commença par une très-grande faiblesse, bientôt accompagnée d'accès simulant d'abord le type tierce, puis quotidien, mais avec des rémissions irrégulières durant parfois plusieurs jours, et pendant lesquelles les autres accidents continuaient leurs progrès. « Cependant le médecin insistait toujours sur le sulfate de quinine dont il s'efforçait de varier et les doses et le mode d'administration. » Le mal empirant sans cesse, vers la fin de la troisième semaine, il y eut une consultation entre trois médecins qui « déclarèrent le malade atteint d'une fièvre intermittente, présentant certains caractères pernicieux. Les accès étaient devenus quotidiens. » Bientôt une douleur s'étant manifestée au foie, avec un peu de toux et d'expectoration, le mot de phthisie aiguë fut prononcée... C'est alors que M. Dufresne, ayant vu le malade, reconnut la nature des accidents que vint confirmer l'au-

(1) *Art médical*, t. VIII, p. 330.

topsie. L'auteur ajoute ensuite ces paroles que nous devons reproduire ici, parce qu'elles renferment un grand enseignement pour la pratique : « ...Les cas de cette nature sont rares, il est vrai, mais non tellement qu'il n'arrive assez souvent qu'ils soient méconnus au début et pendant la plus grande partie de la maladie. Dans ce fait particulier, jusqu'au moment où l'affection purulente locale s'est révélée par des signes évidents, le diagnostic a été entaché d'incertitude et d'erreur. Que si l'on vient dire qu'il n'y a pas de regrets à avoir et que ce cas était nécessairement mortel, sans rien ôter à la gravité du pronostic, nous oserons déclarer que la conscience du médecin ne doit se tenir pour satisfaite qu'alors qu'il prononce avec connaissance de cause, et que, dans des cas pareils, la plupart du temps, cet important élément de sécurité n'existe pas. »

Nous rapporterons un peu plus bas une observation du même genre de diathèse purulente spontanée prise pour une fièvre intermittente, non plus pernicieuse, mais symptomatique : nouvelle défaite de même acabit.

On sait que, sous le terme vicieux de *fièvre inflammatoire*, Pinel avait disposé assez artificiellement les symptômes généraux des phlegmasies en les appliquant particulièrement à l'ancienne synoque simple des auteurs. Il est hors de propos de montrer ici ce que ce syncrétisme nosologique a introduit à sa suite d'erreurs dans la science. Bornons-nous à rappeler que, dans son *Traité des fièvres essentielles*, M. Bouillaud a confondu avec la fièvre dite inflammatoire la diathèse purulente spontanée. Témoin le fait que rapporte l'honorable professeur sous la rubrique suivante : *Symptômes de fièvre inflammatoire avec rhumatisme aigu; inflammation de la membrane interne des artères, des veines et du cœur,*

Nous avons déjà fait remarquer dans notre thèse (1) que ce fait est un exemple non douteux de diathèse purulente aiguë. Les symptômes principaux sont des *paroxysmes* violents, des *douleurs articulaires*, la *coloration jaune de la conjonctive*, un *ictère* prononcé, l'*aspect terne* du visage, de la *fluctuation* dans les genoux. Les altérations importantes, à l'autopsie, sont les suivantes: « Membrane interne de l'artère crurale d'un *rouge intense;* saphène interne d'un *rouge pourpre*, *épaissie*, *enflammée* dans toute son épaisseur...; une *grande quantité de pus* jaune et bien lié dans la capsule des articulations fémoro-tibiales; rougeur et épaississement de la synoviale; deux *tubercules suppurés*, de la grosseur d'une noisette, vers le bord inférieur et à la superficie du *poumon* droit. » Puis des rougeurs particulières dans la membrane interne des ventricules, de la veine porte, etc., etc. » Pour comprendre une pareille confusion, il faut se reporter au temps où l'arbitraire qui régnait à l'égard de la fièvre inflammatoire pouvait l'autoriser. Aujourd'hui M. Bouillaud serait le dernier à la commettre, et l'on peut présumer qu'elle ne reparaîtra plus.

La diathèse purulente spontanée sera plus souvent méconnue, à cause des lésions qu'elle peut simuler, et qui sont bien en état de donner parfois le change au praticien. Qu'un malade se présente avec des phénomènes ressemblant à ceux de l'entorse, — bien qu'il n'y ait point d'entorse, — ainsi que dans un cas relaté par M. Milcent (2); qu'une femme accuse des phénomènes locaux et généraux, en tout semblables à ceux d'une fièvre puerpérale, — en dehors de tout état puerpéral — ainsi que dans le fait recueilli par M. Nicas (3);

(1) *Des Fièvres éphémère et synoque.* Thèses de Paris, 1847.
(2) Dans le service de Breschet, Hôtel-Dieu.
(3) Dans le service de M. Pidoux, hôpital Sainte-Marguerite.

et voilà l'observateur dépisté. Le mal débute encore sous l'aspect d'une affection insidieuse, d'une angéioleucite, d'un phlegmon, d'une pneumonie, d'une pleurésie; en ce cas, l'esprit prévenu ne regardera pas le plus souvent, au début, au delà de ces maladies; plus tard, le caractère plus ou moins latent des suppurations internes, en dérobant ces dernières à son attention, entretiendra le médecin dans sa première erreur.

Qui ne peut faire quelques aveux en ces cas difficiles? Pour moi, je confesserai en toute humilité avoir complétement méconnu, jusqu'au dernier moment, un cas de ce genre dans une circonstance bien faite pour rester gravée au fond de mes souvenirs.—Il y a une douzaine d'années, un de mes jeunes et bien chers parents, récemment venu de la province, après quelques semaines de séjour dans un pensionnat situé aux environs de Paris, avait été pris tout à coup de fièvre intense avec grand affaiblissement des forces. Une fièvre typhoïde fut soupçonnée par le médecin; mais aucun signe réel ne vint justifier ce simple soupçon. Bientôt une douleur peu circonscrite se manifesta dans le côté droit de la poitrine, avec de la dyspnée. Appelé à ce moment, je constatai, avec le concours du savant confrère attaché à l'établissement, l'existence d'un épanchement pleurétique peu étendu. Il n'était point douteux. Notre préoccupation fut de rapporter à cet état morbide tout l'appareil des accidents, et dans cette persuasion il nous parut opportun de rassurer la famille alarmée et séparée par une grande distance de l'enfant alité. Cependant les phénomènes généraux augmentèrent rapidement d'intensité; la dépression des forces alla en croissant; il survint des accès irréguliers et rien ne put conjurer l'issue promptement funeste à la suite de l'un de ces accès que mon honorable collègue crut devoir appeler pernicieux. Cette erreur ne fut pas de longue

durée. Après la mort, et d'une manière en quelque sorte fortuite, il fut reconnu et démontré, au moyen de quelques incisions, que des suppurations multiples et profuses, occupant en nappe les muscles de la cage thoracique jusqu'à l'épaule correspondante, s'étaient formées à notre insu. » — Quoique l'ouverture du corps ne fût point d'ailleurs autrement pratiquée, je reconnus, mais un peu tard, notre méprise, dont une analyse séméiotique plus judicieuse des symptômes tant généraux que locaux nous eût épargné au moins le douloureux regret.

Si l'on peut méconnaître la diathèse purulente spontanée, même alors que l'on est avisé de son existence, à plus forte raison, lorsque ses caractères mêmes sont ignorés. C'est alors que ses attributs les moins équivoques, que l'ensemble de ses signes les plus évidents sont lettre morte pour l'observateur; c'est alors surtout, en désespoir de cause et pour mieux dissimuler sa confusion, qu'il se prend à accuser, à tort et à travers, la bizarrerie et l'imprévu des voies de la nature, et qu'il se rejette, ainsi que l'a très-bien vu encore M. Mathieu(1), que nous aimons à citer parce que l'on ne saurait aussi bien dire, « sur ces maladies générales *inconnues*, ces *grands empoisonnements* dont le *poison* est inconnu et inconnaissable, *introuvé* et introuvable, sur les *profondes altérations du sang*, non déterminées toutefois, qui menacent d'une ruine soudaine les organismes les plus vigoureux; les autres excusent leur ignorance en s'écriant : *véritablement!* il n'y a que des malades, il n'y a point de maladie... ! »

Il a été un temps où cette *profonde altération des liquides* était la formule réservée aux cas embarrassants.

JULES DAVASSE.

— La suite au prochain numéro. —

(1) *Loc. cit.*, p. 12.

BIBLIOGRAPHIE ET MÉDECINE PRATIQUE

DE LA DYSPEPSIE

ÉTUDE CRITIQUE A PROPOS DU LIVRE DE M. GUIPON (1) ; ESSAI NOSOLOGIQUE ET SÉMÉIOLOGIQUE.

On a parlé de la *dyspepsie* avant Broussais, on en a beaucoup plus parlé encore depuis; avant Broussais, tous les ouvrages de médecine pratique et, en particulier, ceux de Sauvages, de Cullen, de J. Frank, avaient consacré un article plus ou moins étendu à l'étude et au traitement des troubles si variés de la digestion. La gastro-entérite de Broussais parut avoir effacé, pendant quelques années, cet intéressant chapitre de la pathologie : mais il s'est trouvé au contraire que, d'une part, les actes du grand réformateur ont eu pour résultat d'appeler davantage l'attention des médecins sur le rôle important que jouent les affections du tube digestif dans les maladies chroniques, et que, d'autre part, la gastro-entérite est descendue du piédestal où elle avait trôné, pour disparaître à son tour d'une manière trop absolue et laisser à la dyspepsie, en médecine pratique, une place beaucoup plus large que celle qu'elle occupait auparavant.

Ce ne sont plus, en effet, de simples chapitres ou mémoires, mais des ouvrages entiers, de gros volumes, qui, d'abord sous le nom de gastralgie ou d'affections nerveuses de l'estomac (expressions suffisantes à elles seules, pour préciser le caractère de la réaction en armes contre la gastro-entérite), puis sous celui de dyspepsie, ont depuis trente années été écrits sur le sujet qui nous

(1) *Traité de la dyspepsie*. J.-B. Baillière et fils. 1864.

occupe. Faut-il nommer les ouvrages de Barras, de M. Jolly, de Chomel, de M. Nonat? Mais quel est l'esprit qui règne dans ces ouvrages, quelle doctrine en est la base, et surtout quels progrès ont-ils marqué dans la médecine pratique, à quelles conclusions thérapeutiques nous ont-ils conduits? Voilà ce que nous nous proposons d'examiner, en nous occupant particulièrement du livre de M. Guipon, qui résume tous les autres.

I. Le *Traité de la dyspepsie*, par M. Guipon, a été couronné par l'Académie de médecine. « C'est, a dit le rapporteur, un travail consciencieux, tout à fait au niveau des connaissances actuelles et très-sagement écrit... Considérations historiques, doctrinales, scientifiques, physiologiques et mêmes chimiques, tout s'y trouve dans une juste proportion. Les opinions énoncées s'appuient sur des faits et sont contrôlées par des observations particulières. »

Cet ouvrage, dirons-nous à notre tour, reflète parfaitement les idées le plus généralement admises dans l'École de Paris; on ne sera donc pas surpris de son succès auprès de l'Académie; de même on comprendra que notre opinion ne soit pas la même que celle de M. le rapporteur, par la raison toute simple que notre doctrine médicale est bien différente de celle de l'École.

II. Faisons toutefois la part de l'éloge. Nous rendrons d'abord hommage à la forme et au style, qui se distinguent par la méthode, la clarté et même l'élégance. Quant au fond, l'auteur nous donne une bonne étude nosographique de la dyspepsie, nous voulons dire, la description claire et précise des symptômes élémentaires qui la constituent et le tableau bien tracé des

variétés de la dyspepsie ou des groupes formés par la réunion d'un certain nombre de ces symptômes élémentaires, dans des proportions déterminées, et avec la physionomie qui leur est propre. On y lira aussi avec intérêt et profit les chapitres consacrés à l'étude des causes dites hygiéniques, et surtout des causes dites physiologiques et chimiques ; mieux vaudrait dire ici le mécanisme physiologique et chimique par lequel s'explique la production de certains phénomènes dyspeptiques, car les causes vraies dominent ces phénomènes eux-mêmes.

Cette partie est un excellent résumé des travaux de physiologie et de chimie entrepris depuis quelques années par des travailleurs consciencieux sur cet important sujet. L'auteur rend à ces travaux la justice qui leur est due sans accepter la valeur, autocratique en quelque sorte, que leurs auteurs ont voulu parfois leur donner ; prouvons-le par deux citations bonnes à retenir : « Dans cette fonction (de l'absorption), où les expérimentateurs voient assez naïvement un simple effet chimique ou dynamique, nous découvrons les forces vitales, et, pour s'exercer sur un théâtre à peine visible, ces forces n'en sont que plus dignes d'intérêt. Dans la digestion gastrique et intestinale, nous avons constaté une double intervention mécanique et chimique..... (suivent les détails). Mais qui préside à tout ce profond et vaste travail, si harmonique, si bien combiné, sinon la vie, la force nerveuse ? Donc nous avions raison d'avancer que l'absorption pouvait se troubler par elle même » (1).

Plus loin (2), à propos de M. L. Corvisart, lequel ne répugne pas à déclarer que, « grâce aux conquêtes de la chimie, on est en possession complète du problème,

(1) Guipon, *loc. cit.*, p. 74.
(2) P. 242.

au premier abord insoluble, dont la solution *permet de se passer de l'estomac et des intestins comme organes sécrétoires*, et de nourrir, sans leur intervention, *comme en pisciculture*, on féconde sans la présence des poissons » (*Dyspepsie et consomption*, p. 76), M. Guipon s'écrie avec une juste ironie : « Heureuse chimie, qui aurait dépassé du coup les miracles de la vapeur, de l'électricité et de la photographie, puisqu'elle aurait trouvé le secret d'une des plus grandes fonctions de l'économie, et le secret plus grand encore de s'en passer ! » — « Mais, hélas ! s'écrie ailleurs notre savant confrère, la nature n'a point été assez généreuse pour nous laisser saisir l'agent vital qui fait qu'on assimile, et nous sommes arrivés si près de la source même de la vie, qu'il est fort peu probable que l'homme puisse jamais arracher ce secret » (*loco cit.*, p. 64). — Ainsi se trouvent réduites à leur juste valeur, par cette sincère et sage contradiction, et les hautes vertus du moyen thérapeutique (la pepsine), et ces prétentions à la solution d'un problème qui restera à jamais insoluble. »

Enfin, nous ne pouvons que recommander la partie de l'œuvre qui est consacrée au traitement hygiénique de la dyspepsie : la quantité et le choix des aliments et des boissons, l'ordonnance des repas, la conduite de la vie matérielle et morale, sont de la part de l'auteur l'objet des considérations les plus pratiques, des prescriptions les plus rationnelles.

Nous n'en pouvons dire autant de la thérapeutique proprement dite; en ce qui concerne d'abord ce que l'auteur appelle traitement hygiénico-thérapeutique, comme le manége, la gymnastique, l'électricité, l'hydrothérapie, l'hydrologie minérale, l'auteur est extrêmement bref et peu précis : pourtant ces grands moyens de traitement méritaient bien, dans un ouvrage

qui doit être complet, comme un Traité, d'être l'objet des considérations les plus importantes. Quant à la pharmacologie, si elle est plus longuement traitée, elle ne l'est pas d'une manière plus satisfaisante ; on y cherche vainement des règles positives, de nature à diriger le praticien aux prises avec une des maladies les plus communes et les plus rebelles. Cette insuffisance de la partie thérapeutique de l'œuvre de M. Guipon s'expliquera naturellement par les considérations qui vont suivre.

III. C'est que, en effet, à côté des éloges que nous ne devions pas marchander à M. Guipon, nous sommes obligé de signaler dans son œuvre deux graves défauts, deux vices fondamentaux; car ils ont pour résultat d'enlever à son étude nosographique la base solide d'une doctrine nosologique vraie et féconde, de priver le lecteur d'une séméiologie plus nécessaire que jamais dans un état morbide aussi complexe, et enfin de lui enlever toute possibilité d'établir des indications de traitement positives, nécessaires pour atteindre ce but définitif de toute étude médicale : une thérapeutique rationnelle et efficace.

Ce que nous disons ici, à propos du *Traité* de M. Guipon, nous pouvons l'appliquer aussi bien à toutes les œuvres que la dyspepsie a inspirées depuis Broussais, en particulier aux monographies de Chomel et de M. Nonat; les fautes de ces écrivains, de leurs ouvrages, sont les fruits de l'oubli de la tradition médicale et du règne de l'organicisme : elles traduisent l'esprit du temps où elles ont paru.

IV. Le premier reproche capital que nous adressons aux ouvrages modernes qui traitent de la dyspepsie,

c'est de la regarder et décrire toujours comme une maladie, c'est-à-dire, un état morbide essentiel, distinct et indépendant, susceptible de produire et développer un ensemble de désordres fonctionnels ou organiques, simultanés ou successifs. La dyspepsie n'est très-souvent au contraire, ainsi que le prouvera la suite de ce travail, qu'un ensemble de désordres purement symptomatiques, c'est un syndrome, une collection de symptômes très-variés qu'on rencontre dans des états morbides très-nombreux et très-différents.

On comprend la série d'erreurs théoriques et les fâcheuses conséquences pratiques qui découlent d'un point de départ aussi éloigné de la vérité. Nous croyons que l'on doit fonder sur la diversité des états morbides où l'on observe la dyspepsie, une classification dans laquelle viendront se disposer en groupes naturels les nombreux symptômes élémentaires dont elle se compose; cette classification (naturelle à son tour, car elle sera conforme à l'observation sincère et complète) servira de base à un diagnostic précis de l'état morbide complet, à un pronostic sûr, à des indications positives pour le traitement, enfin à cette médication rationnelle que nous recherchons.

Les auteurs que nous combattons, en ne distinguant pas la dyspepsie suivant sa nature, en ne la considérant pas comme un symptôme d'autres maladies, n'arrivent au contraire qu'à établir une classification artificielle basée soit sur la prédominance de l'un des phénomènes dyspeptiques, soit sur leurs associations variables à l'infini. « Prenez, dit M. Durand-Fardel, tous les symptômes de la dyspepsie que je viens d'énumérer, combinez-les de mille façons, depuis les cas où chacun d'eux, sensations passagères de pesanteur, pneumatoses, aigreurs, rumination, etc., se montre dans un

isolement absolu, jusqu'aux cas où presque tous apparaissent simultanément : passez par degrés du malaise gastrique le plus léger à un véritable état cachectique simulant une lésion organique, et vous aurez tous les degrés et toutes les formes de la dyspepsie..... divisions dans lesquelles il est difficile de s'arrêter, quand une fois on y a pénétré» (1).

C'est dans de pareilles divisions artificielles que l'on groupe arbitrairement les maladies les plus différentes quant à leur nature et à leur gravité ; sous le nom de *dyspepsie flatulente* on verra réunis divers états qui peuvent appartenir soit à une simple névrose accidentelle de l'estomac, soit à l'hystérie ou à l'hypochondrie, soit à une maladie constitutionnelle, comme la goutte, soit à une diathèse, comme la diathèse veineuse et l'état hémorrhoïdaire, etc. ; on arrive ainsi, nécessairement, dans la pratique, à l'un de ces deux résultats également monstrueux, soit de préconiser la même médication contre des états morbides essentiellement différents, soit de prescrire un traitement différent, quelquefois opposé, pour des affections réunies sous la même dénomination. Mais la dyspepsie n'est pas toujours une maladie, c'est très-souvent un symptôme comme la dyspnée, la céphalalgie, l'aliénation mentale, l'hydropisie, l'albuminure, les lésions de la peau, etc.

V. Le second reproche que nous adressons à M. Guipon, et en général aux successeurs de Broussais (car il n'a pas été encouru par ses prédécesseurs), c'est de méconnaître l'importance capitale des maladies constitutionnelles et des diathèses qui président à la chronicité des affections dyspeptiques et qui expliquent l'opiniâtreté du plus grand nombre de ces affections ; ou bien, s'ils

(1) *Traité thérapeutique des eaux minérales*, p. 533.

parlent de ces maladies générales, de les considérer seulement comme des causes prédisposantes au même titre que telle ou telle habitude vicieuse. De cette faute résultent les plus graves conséquences : 1° une étiologie banale et insuffisante, ou même fausse : en effet, les causes occasionnelles de l'affection sont élevées au rang de cause essentielle de la maladie; les effets physiologiques et chimiques qui accompagnent ou constituent les phénomènes apparents du trouble morbide en deviennent les causes prochaines, quand on veut bien encore ne pas voir en eux la maladie elle-même (1); 2° le diagnostic est naturellement incomplet et pèche par la base, ainsi que le pronostic; 3° enfin l'on n'arrive, il est aisé de le voir, qu'à formuler une thérapeutique palliative, puisqu'elle n'est qu'une thérapeutique de symptômes dont on méconnaît la source.

La preuve que ces conséquences sont vraies, nous allons la montrer du doigt en quelque sorte, ou plutôt la voir en lisant les aveux suivants dans le livre honnête de M. Guipon : « On guérit peu de dyspepsies chroniques véritablement, solidement. Le résultat est déjà bien beau, quand on arrive à atténuer les accidents : ôtez le frein du régime, laissez agir la force accélératrice des causes, et tous les symptômes reparaîtront. Ce n'est certes pas là de la guérison, mais simplement, modestement un ajournement d'accidents » (p. 200). « Ici, en général, les agents thérapeutiques ont bien moins de prise sur la marche et l'intensité de la maladie que la cessation des causes et la direction de l'hygiène dans son ensemble. » Puis, par la contradiction suivante, l'auteur vient justifier lui-même notre thèse et se battre avec nos propres armes : « Quand un trouble général

(1) Dyspepsie par insuffisance ou excès du suc gastrique et du suc pancréatique.

de l'économie, comme la chloro-anémie, est saisi par le médecin, est-on bien fondé à dire que la matière médicale est impuissante à guérir la dyspepsie, alors qu'on ne lui emprunte que les moyens propres à attaquer le symptôme dyspeptique ou symptôme évident, et qu'on néglige ceux qui pourraient agir sur le symptôme caché, sur la cause interne, partout et toujours agissante? » (P. 209.) Nous n'eussions certes pas mieux dit : en tout cas, ces déclarations justifient ce que nous avons avancé.

Mais M. Guipon va plus loin ; en résumant ses considérations sur la valeur du traitement, il s'exprime ainsi : « Ce qui reste acquis, c'est l'inutilité et les dangers des moyens pharmaceutiques multipliés ou énergiques qui, dans la dyspepsie chronique, renforcent l'état morbide plus qu'ils ne le dissipent. » Nous n'aurions pas osé prononcer ce réquisitoire qui se termine ainsi : « Une hygiène sévère, bien dirigée...., une grande persévérance, voilà la véritable source des indications et le seul moyen de se tirer d'affaire» (p. 210).

VI. Aussi, nous l'avons dit plus haut, la partie de l'ouvrage consacrée à l'examen des moyens thérapeutiques de la dyspepsie est-elle d'une affligeante pauvreté et fait contraste avec la richesse des chapitres relatifs à l'étiologie, à la physiologie pathologique, à l'hygiène. L'auteur y passe en revue, à propos des diverses formes de dyspepsie qu'il a décrites, les diverses médications, soit banales, soit spécifiques, qui ont été conseillées, et il n'a pas de peine à en montrer l'insuffisance ; mais, à côté de ce doute trop fondé, le lecteur n'en regrette pas moins l'absence d'indications positives qui puissent le guider au lit des malades ; il ne règne là qu'un scepticisme glacé, tout au plus de vagues affirmations, à côté de quelques vues théoriques.

C'est ainsi qu'à propos des eaux minérales dont personne ne saurait méconnaître l'influence puissante, nous dirons même prépondérante, dans la thérapeutique des affections du tube digestif, M. Guipon se borne à dire : « Les effets des eaux thermales, dans la dyspepsie chronique même la plus invétérée, sont des plus satisfaisantes. » Après cette déclaration, il les divise d'une manière générale en sédatives (Néris), alcalines (Souttzmatt, Pougues, Vichy), toniques (Spa), stimulantes (sulfureuses), et termine en disant : « Au reste, notre intention n'est que de fournir des indications générales qu'on pourra compléter par l'étude des traités spéciaux dont la littérature médicale s'enrichit chaque jour. » C'est passer bien légèrement sur la médication la plus efficace, peut-être, que l'on ait encore trouvée contre les dyspepsies constitutionnelles si opiniâtres; comment s'en étonner dans un livre où l'élément constitutionnel est sans cesse oublié?

Pourtant la lumière paraît par moments sur le point d'illuminer l'honnête écrivain ; nous avons déjà cité le remarquable passage où il reconnaît l'importance de la chloro-anémie ; il dit ailleurs : « Toutefois, il faut en convenir, toutes ces ressources de la médication révulsive et chimico-physiologique, malgré leur raison d'être et leur incontestable utilité, ne constituent qu'une méthode secondaire, palliative le plus souvent. C'est l'élément principal de l'affection qu'on devrait se proposer d'attaquer, de corriger.... » (Page 251.) Avons-nous dit autre chose?

Pour en revenir à l'hygiène, nous n'avons pas besoin de dire que nous sommes loin d'en méconnaître la très-haute importance dans le traitement des maladies chroniques et dans celles en particulier où règne la dyspepsie, eu égard au siége de l'affection qui en est la

source; mais en même temps que nous en reconnaissons l'importance, nous en proclamons hautement l'insuffisance. M. Guipon est du reste du même avis; rappelons en effet cette phrase : « Otez le frein du régime (dans la dyspepsie chronique), et tous les symptômes reparaîtront. Ce n'est certes pas là de la guérison, mais simplement, modestement un ajournement d'accidents. » (Page 200.)

VII. Est-il possible d'obtenir mieux, sauf dans certains cas exceptionnels? Nous le croyons : mais ce n'est pas en suivant la voie qu'à suivie l'auteur dans son traité. « Pour attaquer efficacement une maladie, il faut la connaître; car l'incertitude en thérapeutique est trop souvent la conséquence de l'incertitude de doctrine; c'est, en d'autres termes, ce que MM. Lasègue et Follin ont voulu sans doute exprimer en disant que la *pathothologie de la dyspepsie était toute à refaire* avant qu'on pût utilement en aborder le traitement. » MM. Lasègue et Follin ont parlé d'or, et qui donc les cite avec tant d'à-propos et en les approuvant? M. Guipon lui-même (p. 207). Que n'a-t-il suivi leur avis! En étudiant avec plus d'attention les affections dyspeptiques et dans la tradition et dans ses propres observations, il n'eût pas manqué de découvrir le plus souvent derrière elles et au-dessus d'elles un état morbide plus général, comme il l'a entrevu à propos de la chloro-anémie (passage cité plus haut, p. 209 du *Traité*).

C'est, grâce à ces heureuses contradictions, grâce aussi à l'usage prudent de remèdes empiriques, des eaux minérales en particulier, qui agissent bien plutôt sur l'économie en général que sur le tube digestif seul, que la pratique de M. Guipon, comme celle de la plupart des médecins de notre époque, demeure en fin de

compte meilleure que ses doctrines. Aussi, quand on parcourt les observations, au nombre respectable de soixante et dix, qui forment la part des dyspepsies chroniques dans son ouvrage, on constate sans doute l'utilité incontestable des moyens hygiéniques qu'il prescrit avec une juste et habile sévérité, mais on reconnaît aussi que ses guérisons les plus belles, celles qui sont véritablement solides, ont été obtenues par l'emploi de remèdes directement appropriés à la maladie dont les phénomènes dyspeptiques ne forment qu'une partie importante, soit les eaux minérales naturelles, surtout celles de Vichy, de Bussang, de Spa, soit certaines substances médicamenteuses, tous remèdes qui, pour le dire en passant, se trouvent bien indiqués, d'après la loi des semblables, pour combattre la totalité des phénomènes morbides (la noix vomique, le charbon végétal, l'arsenic, les sels de soude et les préparations ferrugineuses). D'un autre côté, l'examen de ces observations nous montre que, dans un grand nombre d'entre elles, on ne pouvait guère méconnaître, et l'auteur n'a pas méconnu non plus la présence ou même la préexistence d'un état morbide général avec les phénomènes dyspeptiques. En effet, dans quatorze cas, nous trouvons constatée la chloro-anémie seule ou unie à l'hystérie, et le praticien trouve là aussitôt une indication essentielle, comme le prouve sa médication : une fois il signale l'influence évidente du rhumatisme, une autre fois l'existence d'une maladie herpétique; dans quatre cas, il est facile de reconnaître que les souffrances gastralgiques ne forment qu'un des traits d'un état névropathique très-général, et que, dans quatre autres, elles ne sont qu'un des phénomènes de l'hypochondrie; deux fois la dyspepsie est l'effet d'une cachexie, une autre fois du diabète, une autre fois de

la maladie de Bright. Il existe cinq observations où la dyspepsie est liée au développement d'une affection organique, effet elle-même d'une diathèse, six où elle est le symptôme d'une affection de foie ou de troubles de la circulation veineuse abdominale; dans trois cas elle est le résultat de la grossesse, et deux fois elle traduit un empoisonnement chronique; enfin, dans la dernière observation, elle n'est que l'effet mécanique d'un écartement des fibres de la ligne blanche.

IX. Comment donc, ainsi éclairé par ses propres études cliniques, notre honorable confrère a-t-il pu se dérober à la lumière? Comment, en face d'observations où l'existence d'une autre maladie comme la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, le rhumatisme, la diathèse cancéreuse, etc., est manifeste à ses yeux, est avouée par lui, puisqu'il est forcé d'échapper ainsi dans la pratique aux étreintes de l'organicisme, comment, dis-je, la vue de ces faits et celle des succès qu'il a souvent obtenus en tenant compte des indications qu'ils lui suggéraient, ne lui ont-elles pas ouvert les yeux, en ravivant dans son esprit le souvenir des lectures des anciens maîtres, de Cullen en particulier? Oui, s'il eût examiné tous ses malades d'une manière plus large, plus complète, non-seulement dans les phénomènes actuels de leur affection, mais dans leurs antécédents personnels et héréditaires, s'il les avait suivis après leur guérison, surtout quand elle est survenue à la suite d'une cure thermale, il serait presque toujours arrivé à constater chez des dyspeptiques où rien n'avait d'abord indiqué soit une chloro-anémie, soit une névrose générale ou un empoisonnement chronique, à constater, dis-je, une de ces maladies constitutionnelles auxquelles il faut rapporter aussi souvent l'origine des affections cutanées. Ces mala-

dies sont : la dartre (la psore de Hahnemann), le rhumatisme, la scrofule et la goutte surtout : ajoutons-y la diathèse veineuse ou la maladie hémorrhoïdaire.

M. Guipon mérite ici d'autant plus notre critique, qu'il ne peut arguer d'ignorance. Nous lisons, en effet, dans son livre : « Les préparations *arsenicales*, qui ne sont pas sans valeur dans la plupart des névroses, pourront être conseillées dans la dyspepsie gastralgique chronique..... surtout indiquées s'il y a lieu de soupçonner quelques rapports entre les troubles digestifs et une affection (lisez *maladie*) *herpétique* existante ou latente. » Et, page 253 : « Dans toute dyspepsie liée à une chloro-anémie ancienne, à une leucorrhée abondante, les tentatives de traitement seront à peu près stériles tant que *persistera l'état constitutionnel.* » Enfin page 255 : « Le traitement par excellence des dyspepsies invétérées, celui qui conduit même à des résultats inespérés, c'est celui qui repose sur les *grands modificateurs généraux*..... » Comment concilier ces affirmations avec la définition de la dyspepsie comme étant le plus souvent maladie essentielle et indépendante?

X. Pour nous résumer, nous dirons que l'ouvrage de M. Guipon, digne d'éloges comme œuvre nosographique, au moins à l'égard de la description des symptômes élémentaires de la dyspepsie, du mécanisme physiologique et chimique de leur production, du rôle de l'hygiène comme cause et comme moyen de traitement, mérite, en dehors de ces points, toute notre critique : la première de nos critiques s'adresse à la question nosologique, nous croyons avoir démontré qu'elle est présentée d'une manière contraire à la vérité ; de cette base fausse découlent : une étiologie banale et complétement insuffisante, une séméiotique et un

diagnostic incomplets, un pronostic impossible à porter, enfin un traitement qui serait presque toujours sans efficacité curative; heureusement, comme nous l'avons montré, l'empirisme ou bien une heureuse contradiction avec la théorie viennent souvent balancer les résultats logiques d'une doctrine qui n'aboutit qu'à une insuffisante palliation des accidents.

Que M. Guipon veuille bien nous pardonner ce jugement qu'il trouvera sans doute sévère. Nous avons montré que, grâce à la solidité de son instruction médicale, à la conscience qui a dirigé ses recherches et à sa remarquable sagacité dans la pratique, il avait à diverses reprises entrevu la vérité. S'il a néanmoins persévéré dans une voie que nous croyons être celle de l'erreur, il a pour excuse d'avoir subi, en compagnie de la plupart des médecins les plus renommés de notre temps, la pernicieuse influence des deux grands vices de l'éducation médicale donnée par l'école actuelle, l'oubli de la tradition et le règne de l'organicisme.

Nous allons tenter, en suivant une voie différente, celle qui a été ouverte par notre regrettable maître, fondateur de ce journal, d'éclairer, au point de vue nosologique et séméiotique, ce vaste et important sujet de la dyspepsie; mais nous réclamons avant tout l'indulgence de nos lecteurs, en présence des nombreuses difficultés dont il est hérissé. Ce n'est qu'un essai dans lequel il sera probablement facile de découvrir des lacunes et même des erreurs.

E. Escallier.

CAUSERIES CLINIQUES

SUITE (1)

INDICATIONS DIFFÉRENTIELLES DE COFFEA, PLATINA ET ORIGANUM VULGARE CONTRE LES IMPULSIONS GÉNITALES PASSIONNELLES.

Coffea.

On pourra, je crois, utiliser ce remède chez quelques hystériques et chlorotiques. Mais, dans tous les cas, il est manifestement indiqué :

Chez les femmes sédentaires qui passent leur vie dans leur appartement et font peu ou pas d'exercice au grand air;

Chez les personnes dont l'intelligence et la sensibilité fontionnent davantage ou sont plus développées que le système musculaire;

Chez les personnes qui ont de l'éréthisme nerveux, beaucoup d'impressionnabilité, une très-grande disposition à la surexcitation de la vie intellectuelle et corporelle, à l'agitation diurne et nocturne et aux sentiments expansifs, surtout lorsque, à ces mouvements de surexcitation et d'expansion, succèdent les symptômes suivants : concentration, tristesse, abattement physique et moral, tremblement musculaire des membres, des mains surtout.

Ce médicament sera efficace chez les femmes qui, outre la passion génitale, ont des règles en avance et de la leucorrhée.

Puisque le café à doses infinitésimales modère les impulsions génitales, il les augmentera s'il est ingéré à

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars, avril et mai 1865.

fortes doses. Aussi l'usage journalier du café à l'eau ou au lait est contre-indiqué chez les jeunes filles et les jeunes femmes. Car il les prédispose directement ou indirectement à l'onanisme, à la passion génitale : directement, puisqu'il a une action élective sur la région utérine ; indirectement, puisque en produisant de mauvaises digestions et l'insomnie, il empêche le travail d'assimilation. Or, d'après l'axiome, *sanguis moderator nervorum*, une bonne alimentation et un sommeil réparateur calment, détruisent l'éréthisme nerveux. On a, du reste, observé que, après un sommeil insuffisant, il y avait parfois une surexcitation des impulsions génitales.

Platina.

Ce remède est indiqué chez les hystériques, les hémorrhoïdaires et peut-être même chez les personnes atteintes de la goutte et de la maladie vermineuse.

Ce médicament sera plus particulièrement efficace chez les femmes : habituellement tristes, ou alternativement tristes et gaies ; pleurant facilement ; ayant le visage pâle, affaissé ; des douleurs erratiques ; une disposition aux spasmes, à des accès de fièvre éphémère, surtout le soir ; des ménorrhagies et métrorrhagies, coliques utérines, leucorrhée.

Origanum vulgare.

Comme cette plante n'est pas citée, je crois, dans les pharmacopées homœopathiques, je donnerai quelques renseignements sur elle, sur certaines espèces appartenant au même genre (*origanum*) ou à la même famille (*labiées*) et sur une autre espèce botanique (*tragoriganum*). Je rapporterai l'opinion des anciens et des modernes touchant l'action élective de ces plantes sur la région sexuelle et l'emploi qu'ils en ont fait. Finalement, à

l'aide des expérimentations pathogénétiques et cliniques, j'essayerai de préciser les indications d'*origanum vulgare* contre les impulsions génitales passionnelle et maladive.

Il y a vingt-cinq espèces d'origans exotiques (1) ou indigènes. Je parlerai plus spécialement ici des origans que l'on trouve en Europe, à l'état sauvage ou dans nos jardins.

On trouve spontanées en France deux espèces d'origans :

1° L'origan vulgaire (*origanum vulgare*) ;

2° L'origan à grands épis (*origanum megastachyum*).

On cultive en outre dans les jardins deux autres espèces :

3° L'origan nain (*origanum humile*), de l'Europe méridionale ;

4° L'origan glanduleux ou origan hérissé (*origanum glandulosum* ou *origanum hirtum*) d'Italie, de Grèce et d'Algérie.

— Les *origanum megastachyum* et *humile* sont considérés par beaucoup de botanistes comme des variétés de l'*origanum vulgare*. — L'*origanum glandulosum* en est aussi très-rapproché ; cependant il ne lui a pas été réuni jusqu'à présent.

On cultive encore dans nos jardins :

5° La marjolaine (*origanum majorana* ou *majorana Hortensis*), d'Algérie, d'Arabie et de l'Inde ; espèce extrêmement éloignée des précédentes, puisque certains botanistes en ont fait un *genre* à part.

Quant à l'origan des boucs (*tragoriganum*), dont il sera parlé plus loin, il n'est pas compté parmi les origans,

(1) Ces plantes et leurs préparations sont en usage en Orient, particulièrement dans les harems. (*N. d la R.*)

bien qu'il appartienne comme eux à la famille des labiées. C'est le *satureia thymbra* (Linn.) que Linné, dans un autre de ses ouvrages, a dénommé encore *thymus tragoriganum*. C'est une plante de la Grèce et de l'Asie-Mineure (1).

Les plantes de la famille des labiées ont été employées, il y a déjà fort longtemps, contre les impulsions génitales. Ainsi, au XIVe siècle, Guainerius recommande en pareil cas les labiées suivantes, dans son chapitre *de Pruritu matricis et priapismo :*

1° Le *calamentum montanum*. C'est la *melissa calamintha* de Linné, le calament des officines, dont un poëte du Xe siècle, Macer Floridus, célèbre les propriétés anti-aphrodisiaques dans le vers suivant emprunté à son poëme *de Viribus herbarum :*

Hocque modo venerem prohibet potata frequenter.

2° Le *solium montanum*, c'est le *teucrium montanum*, la germandrée des montagnes.

3° L'*hysopus*, dont les semences étaient employées autrefois pour fomentations et lavements *ad colicam et uteri affectus*.

4° La *mentha nepeta*. C'est la *nepeta cataria* de Linné, la *mentha cataria* des officines, ainsi nommée parce que, de même que la valériane, elle met les chats en folie amoureuse.

(1) A titre de remercîment, je me plais à dire ici que je dois ces renseignements sur les origans et les labiées à l'obligeance d'un botaniste lyonnais, lecteur assidu de *l'Art médical*, M. Hippolyte Navier, qui a découvert, à Paris même, sur les pelouses du jardin du Luxembourg, une espèce nouvelle d'*oxalis*, intermédiaire entre l'*oxalis stricta* et l'*oxalis corniculata*.

Le savant botaniste Alexis Jordan a appelé cette espèce nouvelle *oxalis Navieri*, du nom de celui qui, le premier, l'avait signalée. Depuis cette époque, l'*oxalis Navieri* a été retrouvée à Limoges par M. Lamy, et à Besançon par le Dr Grenier, professeur à la Faculté des sciences.



5° Le *mentastrum*. C'est la *mentha sylvestris* de Linné, la menthe sauvage (1).

Quelques médecins ont prétendu que les labiées étaient anti-aphrodisiaques parce qu'elles contenaient du camphre. Mais je dois faire, à ce sujet, une distinction importante, qui sera bien comprise par les partisans de l'homœopathie, habitués à mieux étudier, dans leur succession, les propriétés des médicaments.

L'effet primitif du camphre est l'anaphrodisie, et l'effet consécutif, l'aphrodisie (2). Les labiées, au contraire, auraient, pour effet primitif, l'aphrodisie et, pour effet consécutif, l'anaphrodisie.

Ce fait prouverait qu'il ne faut pas toujours présumer de la vertu des plantes ou des corps composés par les substances qu'en retire la chimie. Il expliquerait, en outre, pourquoi les auteurs ont discuté sur la question de savoir si une labiée, la menthe, était aphrodisiaque ou anaphrodisiaque. Les premiers ne considéraient alors que son effet primitif, les seconds que son effet consécutif. La loi homœopathique donne la clef de tous ces désaccords et les concilie parfaitement.

Mais parmi les labiées qui, depuis Dioscoride, ont été le plus employées comme plantes utérines, il faut citer avant tout l'origan (*origanum vulgare*) et la marjolaine (*origanum majorana*, *majorana Hortensis*) qui ont été recommandés contre l'aménorrhée, les *vents* de matrice, la

(1) Guainerius cite encore, comme ayant des propriétés anti-aphrodisiaques, la *ruta* et le *nasturtium officinale*, qui n'appartiennent pas à la famille des labiées.

(2) Contrairement à l'opinion de Hahnemann, un de nos confrères préconise, contre la surexcitation génitale et les érections douloureuses, le camphre qu'il aurait vu réussir en pareil cas. Les propriétés anti-aphrodisiaques de ce médicament avaient déjà été, dit-il, signalées par la tradition dans ces vers de l'École de Salerne :

Camphora per nares
Castrat odore mares.

stérilité, les flueurs blanches, et utilisés pour les bains et pessaires utérins.

D'après Aristophane, les courtisanes grecques couvraient leurs couches d'une espèce d'origanum : *Quin ipsæ muliercula sibi et amasiis strata ex origano suaveolente parare consuerant* (*Aristoph. Eccles.*, 1022). — Passage extrait de l'édition de Dioscorides par Sprengel, t. II, p. 509; Lipsiæ, 1830.

Les anciens utilisaient aussi les propriétés d'une autre labiée qui n'est pas un origan. Ils l'appelaient pourtant *tragoriganum* (*thymus tragoriganum*, origan des boucs), parce que, dit le scholiaste de Nicandre : *Quod hirci illud pascentes lascivi evadant.*

En rapprochant ce dernier fait des habitudes précitées des courtisanes, on en vient à présumer les propriétés pathogénétiques aphrodisiaques de ces plantes. L'aphrodisie, dans ce cas, serait un effet primitif, et l'anaphrodisie un effet consécutif.

On voit ainsi que, de tout temps, les labiées en général et les origans en particulier ont été considérés comme ayant une action élective sur l'impulsion génitale. Cette tradition s'est même perpétuée jusqu'à nos jours dans certaines contrées. Dans le patois des environs de Nice, par exemple, on appelle vulgairement l'*origanum vulgare* du nom significatif de *carna-bouga* (bouge-chair, qui fait bouger la chair, qui excite l'aiguillon de la chair).

Ce fut, sans doute, cette dénomination qui suggéra l'idée d'expérimenter cette plante à M. de Cessoles, toujours si attentif à vérifier les traditions populaires relatives aux propriétés médicamenteuses.

M. de Cessoles expérimenta l'*origanum vulgare* sur lui-même et sur deux jeunes filles qui s'étaient consacrées au service des pauvres dans un hospice. Il inséra dans la *Gazette homœopathique du Midi*, publiée à Marseille (t. I,

p. 611), les effets pathogénétiques que je vais rappeler sommairement.

Si cette pathogénésie a été intitulée : *Effets de la marjolaine* (*origanum majorana*) sur l'*homme bien portant*, c'est par inadvertence de l'auteur ou de l'imprimeur. Car, d'après le témoignage du Dr Escallier, médecin à Nice pour la saison d'hiver, M. de Cessoles n'aurait jamais expérimenté et employé que l'*origanum vulgare*. C'est donc cette plante que nous devons administrer ordinairement contre les impulsions génitales. Mais peut-être ne devons-nous pas négliger complétement l'*origanum majorana*, qui, d'après la tradition, aurait des propriétés analogues.

*Expérimentation pathogénétique de l'*origanum vulgare *sur M. de Cessoles, âgé de 60 ans environ, avec une goutte de la teinture mère, du 3 mars 1842 au 29 avril.*

Douleurs rhumatismales aux bras, aux mains, aux cuisses et aux pieds; douleurs quelquefois erratiques ou intermittentes.

Boutons d'un rouge vif, peu élevés, et douloureux au toucher, sur la partie externe de la jambe droite et de la jambe gauche.

Taches rares, éparses sur les cuisses, les jambes et le ventre, d'un rouge moins vif, plutôt rose, d'une longueur de 2 à 3 centimètres.

Rêves nombreux.

Il est fréquemment réveillé par le besoin d'uriner.

Gonflement du bout des seins, le soir.

Démangeaison du bout des seins.

Hémorrhagie nasale, le matin.

L'*origanum* n'a provoqué aucun symptôme d'impulsion génitale, chez ce premier expérimentateur, ce qu'on pourrait peut-être attribuer à son âge avancé.

*Expérimentation pathogénétique de l'*origanum vulgare *chez une jeune fille de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, naturellement gaie, aimant à rire et à s'amuser. — Du 3 mai au 24 mai 1842. — Elle prend une goutte de la teinture mère le 3 et le 4 mai, 2 gouttes le 5 et 5 gouttes le 6.*

Douleurs rhumatismales au pied, aux orteils, au sein, à l'omoplate, au bras et à la main, du côté droit du corps seulement.

Démangeaison au bout des seins, se manifestant certains jours.

Exaltation de l'appétit vénérien (1).

Le 16 mai, apparaissent les symptômes suivants qui persistent dix à douze jours :

Très-concentrée, pensive, taciturne, triste, désespoir, désir de se jeter par les fenêtres, désir de marcher continuellement. Impossibilité de se tenir tranquille. Tout est pour elle une contrariété. Désir de la mort. Dégoût de la vie, rien ne peut la distraire. Grande chaleur à la tête. Lorsque cette chaleur augmentait, la tête tournait involontairement d'un côté et d'autre. Idées extravagantes. Désir de marcher très-vite, d'aller chercher la fraîcheur, parce que l'air la soulageait. Désir de changer d'état. Désolation. Manque d'appétit, grande soif pendant la nuit. Réveil fréquent. Rêves continuels et de choses extravagantes. Réveil en sursaut, avec tremblement.

Le 24 mai : Grande vivacité et besoin de grand mouvement.

Expérimentation pathogénétique de l'origanum vulgare *à la trentième dilution, chez une jeune fille, compagne de la précédente, du* 16 *au* 27 *avril* 1847.

Le 16 avril. Elle prend 2 globules : Tristesse, abattement physique tout le jour.

Le 17. Grande gaieté. Allégresse folle. Entraînement à courir.

Les 20 et 21. Douleur très-vive au côté et à la cuisse.

Le 22. Elle prend 2 globules : Dans la journée, grand abattement physique et tristesse durant quatre heures; puis grande allégresse. Idées de mariage. Dissipation, ensuite douleur à l'estomac et au ventre. Vertige en allant se coucher.

Le 23. Forte excitation de l'appétit vénérien. Rêves lascifs.

Le 24. Réapparition de la douleur à l'estomac et au ventre, comme le 22 avril. Besoin de courir. Grande vivacité.

Le 25. Dans la nuit, forte douleur au bas-ventre qui la réveille.

Le 26. Exaltation de l'appétit vénérien. Vers le soir, céphalalgie.

Le 27. La céphalalgie, comme hier, dans la région des tempes.

Voilà, certes, des essais pathogénétiques bien incomplets et qui auraient besoin d'être contrôlés par de nouvelles expérimentations répétées sur plusieurs per-

(1) Ces expérimentations sont-elles irréprochables malgré la très-bonne et très-pure intention de leur auteur? (*N. de la R.*)

sonnes. Cependant, si, d'après cette trop courte pathogénésie, on peut présumer les propriétés curatives de l'*origanum vulgare*, ce médicament serait indiqué particulièrement chez les hystériques et les rhumatisants, surtout quand aux symptômes d'abattement physique et moral succèdent les mouvements expansifs de la joie, de l'entrain, la surexcitation des fonctions physiques et morales.

Coffea, origanum vulgare, platina.

On a déjà vu quelles sont les indications différentielles de ces trois remèdes. Je vais néanmoins les rappeler très-sommairement et comme dans un tableau synoptique, afin de les mettre mieux en relief aux yeux du lecteur.

Coffea paraît convenir plutôt chez les hystériques et les chlorotiques;

Origanum, chez les hystériques et les rhumatisants;

Platina, chez les hystériques, les hémorrhoïdaires et peut-être chez les femmes atteintes de la goutte et de la maladie vermineuse.

Les indications de ces trois médicaments sont encore plus distinctes, quant à l'ordre de succession des symptômes généraux.

Ainsi *coffea* a pour effets primitifs : gaieté, sentiments d'expansion, surexcitation des fonctions physiques et intellectuelles; et pour effets consécutifs : tristesse, abattement physique, moral et intellectuel.

Origanum, au contraire, a pour effets primitifs : tristesse, désespoir, abattement physique et moral; et pour effets consécutifs : gaieté, surexcitation des fonctions intellectuelles et surtout physiques.

Platina a pour effets primitifs assez persistants : tristesse habituelle, lypémanie, ou bien tristesse et gaieté

alternant, lassitude physique et intellectuelle, disposition aux spasmes; l'esprit est affecté quand le corps est bien portant, et *vice versa*, l'esprit est gai, dispos quand le corps souffre.

Dans la pathogénésie de *platina*, les symptômes consécutifs sont très-rarement notés, ce qui porterait à croire qu'ils apparaissent tardivement; les symptômes primitifs seraient donc très-persistants, comme je l'ai déjà dit. De tout cela peut-être faudrait-il conclure que ce remède convient dans les états chroniques et chez les tempéraments à réaction lente, difficile.

J'ai tâché de préciser dans quel ordre de succession se développent les symptômes produits par chacun de ces trois remèdes, afin qu'on puisse mieux les administrer d'après la loi homœopathique.

Ces médicaments réussiraient-ils aussi bien à réprimer la passion génitale et l'onanisme chez l'homme? Jusqu'ici l'expérience ne les a montrés efficaces que chez la femme. Ainsi le Dr Servan a vainement employé l'*origanum vulgare* contre l'onanisme chez des jeunes garçons. Pourtant, si j'ai bien été informé, M. de Cessoles et les médecins homœopathes de Nice auraient trouvé l'*origanum* aussi utile, en pareil cas, chez l'homme que chez la femme. L'expérimentation clinique pourrait nous instruire sur ce point, et nous apprendre en outre si le *tragoriganum*, la *mentha cataria*, la *majorana hortensis*, etc., exerceraient sur les impulsions génitales une action aussi marquée que l'*origanum vulgare*.

CONCLUSION.

En résumé, nous avons vu guérir chez des femmes :

2 cas d'onanisme par l'excision du clitoris (obs. I et II),

1 cas d'onanisme chronique par *coffea* (obs. III),

1 cas d'onanisme par *origanum vulgare* et *sulfur* alternés (obs. V),

1 cas d'onanisme par *origanum vulgare* (obs. IV),

1 cas de passion génitale et d'onanisme par *origanum vulgare* (obs. VI),

4 cas de passion génitale par *origanum vulgare* (obs. VII, VIII, IX et X),

1 cas de passion génitale par *platina* (obs. XI),

3 cas d'érotomanie hystérique guéris, l'un par *origanum vulgare* (obs. XI), le second par *platina* (obs. XIII), le troisième par *nux vom.* (obs. XIV).

Si, comme les faits précédents le démontrent, les médicaments suffisent à guérir l'onanisme et la passion génitale chez la femme, il n'est pas besoin alors de pratiquer l'excision du clitoris. Car une telle opération amènerait probablement à sa suite une frigidité génitale; et celle-ci, en inspirant de la répulsion pour les rapports sexuels, pourrait être une cause de désunion conjugale et de stérilité. C'est donc bien ici le cas de remplacer l'opération chirurgicale par l'opération médicamenteuse, qui permet d'éviter une triste mutilation et ses inconvénients ultérieurs.

Les remèdes précités me paraissent guérir l'onanisme et la passion génitale, en détruisant la cause prédisposante, subjective. S'ils ne suffisaient pas, on pourrait employer simultanément le régime et l'hygiène appropriés qui éloignent les causes occasionnelles, objectives. Il me semble inutile de rappeler ce régime et cette hygiène déjà si souvent exposés, car je les suppose connus de tous mes lecteurs. Je me permettrai néanmoins de rapporter ici la réflexion d'un homme qui avait fait vœu de chasteté : « Quand on est continent de corps seule-

ment, me disait-il, on souffre de la continence; mais on n'en souffre pas du tout, si l'on a en même temps la continence d'esprit.» Cette réflexion renferme tout un enseignement pratique dont les femmes plus que les hommes peuvent profiter, s'il est vrai, comme l'avance le Dr Bourdon, que «la continence est plus pénible à l'homme qu'à la femme.»

On pourrait encore employer contre les impulsions génitales passionnelle et maladive les remèdes suivants, quand ils seront d'ailleurs indiqués par l'ensemble des symptômes: *Cantharis*, *china*, *fluoris acidum*, *phosphorus*, *pulsatilla*, *silicea*, *veratrum*. Si les remèdes précités produisaient des aggravations, on les prescrirait à hautes dilutions ou même en olfaction.

En écrivant cet article, je rendrai peut-être service à bien des jeunes filles livrées aux habitudes de l'onanisme, et aussi à ces femmes ou filles qui, harcelées par la passion génitale, éprouvent, sous ce rapport, des impulsions passionnelles beaucoup plus vives à l'âge de 30 à 40 ans, paraît-il, que vers l'âge de 20 à 30 ans. Je le souhaite, car un pareil résultat rétablirait chez elles l'empire de la raison, le libre arbitre en modérant les instincts de l'animalité, qui doivent plier devant l'intelligence et la volonté humaines. En effet, on peut le dire d'une manière générale, cette hiérarchie, cette subordination de la matière à l'esprit, qui, sans anéantir les passions, les tient sujettes, c'est là vraiment l'ordre dans l'homme. Ce doit être son état normal, auquel il faut le ramener autant que possible.

Dr Gallavardin,
de Lyon.

THÉRAPEUTIQUE

EFFETS DES EAUX DE BONDONNEAU

En 1855, tandis queje mettais en ordre mes travaux de matière médicale, et que je consacrais quelques loisirs à des recherches archéologiques, j'appris qu'un certain nombre de malades accouraient, durant la belle saison, à la *Mare de Bondonneau* pour boire de ses eaux et subir un traitement uniquement dirigé par la coutume et les données traditionnelles.

Cette mare, située sur le plateau d'Allan, à 2 kilomètres de Montélimart, attira mon attention. Justement, à la même époque, une société se constituait pour l'exploitation de ses eaux.

Les recherches que je fis d'abord sur les lieux me mirent en présence des restes d'un établissement romain. Ses ruines, ensevelies dans un bois de chêne de 4 hectares, se découvrirent chaque jour plus intéressantes sous la pioche d'un cultivateur, propriétaire de ce bois en plein défrichement : médailles sans nombre, ornements d'or et d'argent, vaste étendue des fondations, bas-reliefs, débris de colonnes, piscines nombreuses et de toutes grandeurs, tout indiquait un établissement thermal très-fréquenté des Romains durant plus de trois siècles.

Des canaux souterrains, s'étendant de la grande source d'eau douce de Grange-Neuve aux ruines, attestaient que ces eaux communes avaient été utilisées. D'un autre côté, un nombre très-considérable d'autres canaux et de tuyaux, aux environs de la mare et autour des piscines, dénotaient l'abondance des eaux minérales.

L'abbé Expilly, dans son *Dictionnaire des Gaules*, a exposé leurs vertus, dont le souvenir subsistait dans la contrée. Le peuple avait également conservé des données historiques et légendaires, dont, plus tard, à l'aide d'autres documents, je composai la *légende des* SAINTES-FONTAINES, *aujourd'hui Bondonneau.*

Bondonneau est le nom moderne. Saintes-Fontaines, celui que le moyen âge avait imposé à ces eaux, sans souci de l'ancien nom romain : *Eaux salviennes.*

Il était question pour moi de déterminer l'action caractéristique de ces eaux, par des expérimentations sérieuses chez l'homme sain, convaincu que ces effets une fois connus, il serait facile d'arriver à leur emploi physiologique chez les malades, et à la notion claire de leurs effets thérapeutiques.

Je me livrai à cette étude pendant quatre années, avec le concours de dix-huit personnes.

Un travail de ce genre, nouveau en France, pouvait engager d'autres médecins à en entreprendre de pareils pour d'autres eaux. Cette pensée activa mon zèle. Les eaux minérales sont si mal étudiées, si mal connues, que la plupart des notices qu'on leur consacre ne contiennent que des généralités inutiles, des incertitudes et des banalités antiscientifiques.

Les symptômes que j'observai furent consignés dans le *Journal de la Société gallicane de méd. hom.*, n° 2; 1859.

Bientôt, recueillant des observations de guérison, je consacrai à ces eaux une *Notice thérapeutique*, dont la réimpression est devenue nécessaire.

Depuis lors, plusieurs années se sont écoulées, pendant lesquelles j'ai gardé le silence, retenu surtout par la crainte de paraître attacher à ces eaux une importance exagérée, ou d'être confondu dans le nombre des écrivains qui préconisent une multitude d'établisse-

ments d'eaux minérales sans avoir rien d'arrêté sur leurs propriétés et n'en jugent que d'après des effets incertains observés chez des malades.

Mais aujourd'hui, n'habitant plus Montélimart, libre à tous égards, et sans intérêt personnel dans la question, je viens rappeler les principaux effets, l'action élective, caractéristique des eaux de Bondonneau, aux médecins ennemis de la routine, désireux de guérir, et recherchant la notion positive des propriétés des eaux avant d'y envoyer leurs malades.

Je me crois d'autant plus autorisé à le faire, que mes expérimentations sur les personnes en santé ont subi le contrôle de l'action thérapeutique et de guérisons nombreuses.

I

Les symptômes provoqués par ces eaux sont si tranchés, qu'il est utile, tout d'abord, de les distinguer en primitifs et en secondaires.

Les effets primitifs, que nous pouvons aussi appeler généraux, expriment leur action sur toute l'économie et avant des effets discrasiques quelconques. Ils sont purement excitants, et consistent quelquefois en des efforts éliminateurs.

Il y a plus d'irritabilité et de tension de la fibre. Le moral est plus impressionnable ; bien souvent il existe un état nerveux que les sujets expriment en disant qu'ils ont les *nerfs agités*. Plus les personnes sont nerveuses, plus les effets sont prononcés. Il s'y joint ordinairement des prurits et des picotements à la peau, des frissons et des bouffées de chaleur, une céphalalgie sus-orbitaire avec des battements, des pesanteurs de tête, de la somnolence, des palpitations, et souvent une augmentation de l'appétit. C'est là le résultat des pre-

miers jours des eaux, et chez des sujets non encore affaiblis.

Cette excitation nerveuse et sanguine, prélude des effets électifs, éprouve des variations suivant le tempérament des personnes, et suivant les doses. Ainsi, des malades qui en prenaient chaque jour plusieurs verres n'en ont ressenti que des effets curatifs, sans trouble ni excitation passagère. D'autres, au contraire, usant de doses beaucoup plus faibles, en éprouvaient des effets irritatifs qui obligeaient à les réduire encore.

Pendant que ces effets dominent, les sécrétions sont moindres, les surfaces exhalantes sèches et chaudes. Cependant il est des cas où les sécrétions sont augmentées, soit par un effet nerveux, soit par l'excitation d'organes affaiblis rappelés à leur état normal. Nous mentionnerons encore les cas où certaines personnes, qui en boivent beaucoup, sont sujettes à des sécrétions abondantes par les urines, par les selles, par la sueur. Elles sont dues, pensons-nous, aux efforts éliminateurs de l'organisme.

Nous avons encore remarqué, parmi les effets primitifs, des irritations passagères du larynx, la diminution de la sécrétion du lait, quelques boutons avec démangeaison, des vertiges avec sensation de plénitude de la tête, la pesanteur des membres, principalement chez les sujets sanguins.

L'appétit est généralement excité pendant la première période d'action, l'action générale. C'est le phénomène le plus persistant chez les malades les plus affaiblis, tandis qu'il est remplacé par un sentiment de plénitude, et une moindre appétence des aliments chez les sujets d'ailleurs vigoureux.

La menstruation se ressent puissamment de l'action de ces eaux. Les règles en sont généralement hâtées

et augmentées. C'est leur effet spécial et durable. Mais il n'est pas rare que dans les premiers quinze jours de leur emploi, cette évacuation s'accompagne de quelque difficulté : coliques, chaleur et sécheresse locales, cessation de flueurs blanches préexistantes; et que chez des personnes conservant la vigueur de leur tempérament et une nutrition louable, l'effet général irritatif de ces eaux provoque des pertes blanches et quelque irritation locale.

Les organes génitaux chez l'homme offrent des phénomènes analogues, d'où nous avons pu conclure à la guérison de certains états atoniques de ces organes; ce que l'expérience a confirmé.

II

J'appelle effets secondaires, ceux qui succèdent aux premiers et qui persistent longtemps après qu'on a cessé l'usage des eaux. Ils se manifestent quelquefois pendant qu'on les prend, mais surtout à la fin et après. Ils expriment une modification spéciale de diverses fonctions, une action élective des eaux de Bondonneau sur quelques organes.

Leur action sur la vie organique, sur les phénomènes végétatifs, se prononce davantage et fixe leur sphère d'activité thérapeutique. L'excitation des systèmes circulatoire et lymphatique, l'exaltation des facultés digestives, l'orgasme des membranes muqueuses, la sensation d'embarras, de plénitude, de chaleur, la surexcitation physique et morale, ont eu pour résultat une hématose plus complète, une plus grande activité nutritive, un sentiment plus vif de l'existence, plus de santé et d'harmonie fonctionnelle. Et ces effets secondaires persistent et constituent la cure.

Le caractère essentiel des propriétés des eaux de

Bondonneau, c'est l'amendement de l'hématose, la reconstitution du globule sanguin, chez les sujets travaillés d'une dyscrasie lymphatique ou veineuse. Et c'est cette dyscrasie qu'expriment tous les symptômes de la pathogénésie de ces eaux, avec une électivité remarquable sur le larynx, sur la peau, sur les membranes muqueuses des sens, des organes respiratoires, digestifs et génito-urinaires, sur les membranes synoviales articulaires et les tissus blancs, sur les appareils chylifère, lymphatique et veineux, sur tout l'ensemble de la vie végétative.

Nous leur devons la guérison de la scrofule sous toutes ses formes, la guérison d'obstructions viscérales, d'engorgements articulaires, de chloroses, d'aménorrhées, d'engouements pulmonaires et hépatiques, de quelques hydropisies, de collections séreuses locales, de la goutte et du rhumastisme chroniques, avec empâtement et tuméfactions indolores, de catarrhes pulmonaires, de flueurs blanches et autres flux muqueux opiniâtres, de quelques asthmes, de caries et de fistules, de laryngites, d'anciennes ophthalmies, de cachexies dues à des doses exagérées de mercure ou de sels quiniques, de convalescences difficiles.

Dans tous ces cas, il y a une disposition dartreuse ou scrofuleuse, latente ou manifeste qui constitue le fond de l'affection, sa nature. Ces éléments se cachent souvent sous des formes secondaires et tertiaires, et s'accompagnent tantôt d'anémie lorsque la nutrition est lésée dans ses organes essentiels, comme dans certaines affections chroniques et rebelles des voies digestives, gastralgies, dyspepsies, etc.; tantôt d'un état congestif ou même inflammatoire, caractérisé par des laryngites, des gastralgies, des dartres, des migraines, etc.

D'après ces données générales, les eaux de Bondon-

neau peuvent être administrées avec la plus grande somme de certitude et les meilleures chances de réussite, non-seulement pour guérir, mais pour prévenir ces maladies et s'opposer à leur retour; par exemple, étant données durant l'été et une partie de l'automne à des sujets habitués à des catarrhes, à des bronchites d'hiver interminables, aux enfants lymphatiques disposés aux affections vermineuses, à des rhumes fréquents, à des embarras de poitrine avec râle muqueux, etc.

III

L'efficacité des eaux de Bondonneau dépend de l'exactitude des indications, mais aussi des doses auxquelles on les administre; tantôt comme médicament nutritif, récorporatif, destiné à introduire dans l'économie les éléments capables de modifier la crase des humeurs; tantôt comme médicament similaire, homœopathique, destiné à combattre uniquement la vie morbide, la nature de l'affection.

Quant aux éléments constitutifs de ces eaux, ils ne diffèrent pas assez de ceux que l'analyse décèle dans plusieurs autres beaucoup moins actives cependant, pour que nous y attachions plus d'importance qu'aux effets physiologiques donnés par l'expérimentation. Nous considérons les eaux minérales comme un composé naturel, formé de substances dont la chimie ne peut pas déterminer les combinaisons primitives ou réelles. Renfermant tels ou tels corps simples ou salins, ces eaux ne jouissent pas de la propriété de ces corps pris isolément, mais bien d'un ensemble de propriétés qui leur donne une physionomie et une action thérapeutique particulière.

Voici cependant la composition :

POUR 1 LITRE :

Acide sulfhydrique libre, indiqué, mais très-sensible à la source.		
Acide carbonique		2/3 du volume d'eau.
		Grammes.
Bicarbonate de chaux		0,390
Id. de magnésie		
Id. de soude		0,006
Sel de potasse		sensible.
Sulfates supposés anhydres.	de soude, de chaux, de magnésie.	0,046
Chlorure de sodium		0,030
Iodure et bromure acalins		0,008
Principe arsenical arséniaté		indiqué.
Sesquioxyde de fer avec manganèse		0,002
Silice et alumine		0,120
Phosphate terreux		indiqué.
Matière organique azotée		indéterminé.

Les données suggérées par l'expérience, quant aux doses et au mode d'administration, dépendent des indications à remplir : 1° quant à l'espèce morbide et à ses variétés.

La nature scrofuleuse, dartreuse, syphilitique dégénérée, avec pléthore lymphatique, atonie générale, langueur des fonctions, exige les plus fortes doses. On en boit aux repas, et plusieurs verres dans le cours de la journée ; on en prend en bains, en douches ; on se soumet aux inhalations des gaz et de l'eau vaporisée. La saison des eaux est ici répétée avec avantage, et le séjour prolongé sur les lieux mêmes très-utile. Le plateau de Bondonneau, sous un beau ciel, est sec, aéré, et d'autant plus utile à ces malades que le sous-sol, partout imprégné des eaux minérales qui surgissent de masses basaltiques inférieures, donne des émanations gazeuses qui mêlent à l'air leurs principes médicamenteux.

Il en est de même pour les cachexies arthritiques,

rhumatismales, pour les vieillards et les enfants cachectiques à nutrition maladive et dans un état d'atonie.

2° Quant à l'individualité des malades : une laryngite même tuberculeuse, des souffrances variqueuses, des dartres, des congestions, des inflammations des muqueuses, des ophthalmies, des coryzas, des angines, des engorgements du foie et d'autres viscères, des adénites, etc., chez des sujets nerveux, irritables, exigent des doses minimes. Les malades peuvent souvent se contenter de l'habitation dans l'établissement, en usant de douches, de bains et des inhalations, pour n'en venir que plus tard à la boisson. Le plus souvent la dose d'un verre par jour, pris en 2 ou 3 fois, leur suffit; plus ou moins, du reste, suivant leur degré d'irritabilité. Nous avons, par cette méthode, obtenu d'excellents résultats.

Quelques faits nous font même conjecturer que les sujets tuberculeux, ou du moins disposés à le devenir, pourraient conjurer tout péril, en passant un temps plus ou moins long, des hivers et des saisons entières, sur ce plateau si favorisé de la nature.

A. Espanet.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 5e ARTICLE (1) —

DEUXIÈME DISCOURS DE M. BEAU (2).

L'orateur s'attache à démontrer que les opinions de M. Bouillaud sont mieux détaillées et mieux précisées dans les *Leçons* redigées par M. Racle (3), que dans le *Traité clinique des maladies du cœur*.

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars, avril et mai 1865.

(2) Séance du 31 mai 1864. — Voyez son discours, p. 780 à 813 du tome XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

(3) *Moniteur des hôpitaux* pour l'année 1853, p. 345, 402, 442, 563, 585, 737, 755, 809 et 866 déjà citées.

Selon M. Bouillaud, l'oreillette est à l'état de réservoir constamment plein et immobile; le ventricule y puise par aspiration; les grands mouvements sont constitués uniquement par lui. Les oreillettes sont des atomes relativement aux ventricules.

Pour M. Beau, les muscles grands et petits sont soumis aux mêmes lois, aux mêmes fonctions. Les fibres musculaires se raccourcissent par leur contraction propre et ne peuvent s'allonger que par la contraction de leur force antagoniste (1).

Les fibres des ventricules n'ont pas tout à la fois la faculté de se raccourcir et de s'allonger. Elles s'allongent par la force contractile de l'oreillette, comme l'oreillette s'allonge par la force du sang veineux appelée *vis à tergo*.

On a comparé la force aspirante du ventricule à une poche en caoutchouc. Le retour du caoutchouc à son état normal, après qu'il a été comprimé, constitue sa force propre.

Il est impossible que l'oreillette soit toujours pleine, car le ventricule, en aspirant le sang d'un seul coup, la videra, parce que la capacité de ces deux cavités est la même. Il faut donc que l'oreillette se remplisse aussi tout d'un coup, pour fournir à l'aspiration suivante du ventricule.

On voit l'oreillette se contracter et se dilater alternativement, elle n'est donc pas toujours pleine.

Personne n'a constaté un mouvement d'ampliation de la cavité ventriculaire pendant le temps où le ventricule est à l'état de repos et par conséquent d'immobilité. On voit cette ampliation se faire dans une poche de caoutchouc, on ne la voit pas dans le ventricule.

M. Bouillaud n'a pas vu le jet du sang se faire par l'ouverture faite au ventricule, pendant le temps de repos.

M. Beau reproduit ici sa théorie que M. Bouillaud a attaquée. Il explique le battement, non pas seulement par la systole, mais par la diasto-systole. Il appelle, avec tout le monde, *repos du cœur*, l'état

(1) « La contraction et la dilatation dépendent de deux forces opposées ou antagonistes; l'une resserre les ventricules et les oreillettes, et les réduit à un moindre espace; l'autre leur donne un plus grand volume en poussant leurs parois en tous sens du centre à la circonférence..... Les parois du cœur dans leur écartement ne sont que des instruments passifs; la dilatation est une action forcée; elle trouve de la résistance dans les fibres charnues et dans leur liaison; car ces fibres ont une force contractile et élastique, que la mort même ne détruit pas. » (Senac, *Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 23, 2e édit. in-4. Paris, 1774.)

compris entre les battements ventriculaires. Pour lui, ce repos est caractérisé par le vide et le retrait du ventricule. Pour ses antagonistes, il est affecté à la dilatation ventriculaire (1).

M. Bouillaud conteste la vive énergie de la contraction auriculaire, tandis que M. Chauveau aurait appelé l'attention de M. Beau sur elle. L'ondée lancée avec force dans le ventricule le dilate et durcit ses parois. Ce mouvement qui, pour M. Beau, fait le choc précordial est dû, pour M. Bouillaud, à la systole. Le battement commence par la diastole et finit par la systole. Ce mouvement est constitué par l'augmentation de tous les diamètres du cœur; il a été constaté par des expérimentateurs ,qui considéraient le battement comme purement systolique.

Dans le Comité de Londres, dont les travaux étaient rédigés par Clendinning, les branches d'un compas étaient séparées avec force et s'éloignaient l'une de l'autre à chaque systole (*London medical Gazette*, octobre 1840. Obs. III, sect. 1).

Dans le siècle passé, Winslow, Queye soutinrent que le cœur s'allongeait dans la systole (2); Stenon, Vieussens soutinrent le contraire.

(1) Haller définissait de la manière suivante l'état du cœur qui suit sa contraction : « Cor, post absolutam contractionem, in eum statum « transit quem dilatationem, remissionem, aut diastolen dicimus » (*Exper.* 481). (*Elementa physiologiæ*, in-4, t. I, p. 386. Lausannæ, 1757.)

(2) « Il faut qu'on ferme les yeux aux objets les plus sensibles, a dit Senac, pour ne pas voir ce que tant d'autres anatomistes ont vu. Stenon, M. Hunaud et M. Haller, ont toujours aperçu le raccourcissement des ventricules dans leur systole; mes observations confirment le témoignage de ces physiciens. Quand j'ai observé le cœur avec des yeux attentifs, la base et la pointe me paraissaient toujours rapprochées dans la contraction.

« L'expérience que nous devons à Lower prouve que le cœur doit nécessairement se raccourcir pour que les valvules puissent se relever.

« L'expérience de M. Bassuel, cette expérience qui n'est au fond que celle de Lower, donne encore plus de force à ces raisons. Quand on presse les parois du cœur, en le raccourcissant, les valvules se relèvent plus facilement; au contraire, si on allonge les ventricules lorsqu'ils sont remplis, ces mêmes soupapes s'abaissent, et l'eau entre dans les oreillettes; le sang y rentrerait de même, si le cœur devenait plus long dans la contraction. » (*Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 26, 2e édit., in-4. Paris, 1774.)

Il n'est pas possible d'admettre aujourd'hui, si l'on partage la manière de voir de M. Parchappe sur le rôle actif que jouent dans la systole ventriculaire les colonnes charnues, l'idée que se faisait Lower et que beaucoup d'autres se sont faite après lui, de l'occlusion des orifices auriculo-ventriculaires. Pour Lower, en même temps que le sommet du cœur se rapprochait de sa base, dans la systole, les cordages tendi-

De nos jours, M. Gavarret partage l'opinion de ces derniers auteurs. M. Bouillaud est sûr d'avoir constaté le fait d'allongement.

M. Beau explique cette dissidence par les deux phénomènes qui se rapportent aux deux moitiés si différentes qui existent dans le battement ventriculaire.

On regarde le battement comme dû exclusivement à la systole ventriculaire. C'est une erreur. La systole de l'oreillette, la diastole du ventricule, la systole ventriculaire et la diastole artérielle ont lieu dans ce qu'on appelle *le premier temps du cœur*.

C'est impossible, a dit M. Bouillaud.

Ces mouvements, répond à cela M. Beau, ne sont pas isochrones. Je veux dire seulement qu'ils se succèdent rapidement dans ce qu'on appelle *le premier temps*, et c'est pourquoi je compare la rapidité des mouvements du premier temps à celle des mouvements qui constituent l'acte de la déglutition (1).

Les expériences de MM. Chauveau et Marey étaient superflues pour M. Béclard, la théorie ancienne étant à ses yeux parfaitement démontrée auparavant.

M. Beau rappelle ici l'observation du blessé cité par M. Béclard. Dans le choc ventriculaire, a-t-il dit, les parois du ventricule étaient dures, donc on avait affaire à la systole. Je nie cette conclusion. Dans les artères, le choc et la dureté sont dus à la diastole; pourquoi n'en serait-il pas de même dans le cœur dilaté, tendu par le sang provenant des oreillettes (2)?

Mais, dit-on, comment concilier la force du battement et la force des

neux étaient relâchés. Les valvules étaient, par suite, repoussées par le sang vers les orifices auriculo-ventriculaires, à l'égal des voiles gonflées par le vent. (*Tractatus de corde*, p. 41, 1 vol. in-12. Londini, 1669.) Bérard a fait justice de cette erreur (p. 640 du t. III de son *Cours de physiologie*). « On oublie, a-t-il dit, qu'au moment de la systole, l'orifice auriculo-ventriculaire est rétréci, et qu'il n'y a plus de place en cet endroit pour *tendre* une membrane.

(1) Harvey avait déjà fait cette comparaison, il avait dit : « Et quemadmodum cernere licet, cum equus potat, et aquam deglutit, singulis « gulæ tractibus absorberi aquam, et in ventriculum demitti, qui motus « sonitum facit et pulsum quendam et auscultantibus, et tangentibus « exhibet, ita dum istis cordis motibus fit portionis sanguinis e venis « in arterias traductio, pulsum fieri, et exaudiri in pectore contingit. » (*De Motu cordis*, etc., p. 38, 1 vol. in-4. Lugd.-Bat., 1737.)

(2) « Dans la diastole ventriculaire, le tissu du cœur perd sa dureté et ne conserve de tension que celle qu'il reçoit du sang qui le distend.»)Bérard, *Cours de physiologie*, t. III, p. 608.)

oreillettes? Je réponds : La contraction des oreillettes est assez forte pour donner une dureté diastolique aux ventricules. Ceux-ci sont plus fortement organisés, parce que leur action doit s'étendre jusqu'aux dernières limites de l'arbre artériel. Les oreillettes n'ont qu'à dilater les ventricules.

C'est l'élasticité des gros troncs dilatés par la systole qui abaisse le cœur tout entier. Les observateurs ont fait dépendre l'abaissement de la pointe de l'allongement tout entier du ventricule, ils n'ont pas parlé de l'abaissement du cœur tout entier. Le cœur est immobile dans sa partie moyenne où il est fixé par les gros vaisseaux. Le ventricule n'augmente pas d'ailleurs seulement dans le sens de sa longueur, il augmente dans tous ses diamètres. Mes adversaires passent sous silence le fait de cette augmentation de tous les diamètres.

Pendant le temps de repos, les parois du ventricule sont au contact, elles servent de plancher résistant à la cavité de l'oreillette, jusqu'à ce que la contraction des parois de cette cavité ouvre l'orifice auriculo-ventriculaire et chasse le sang dans le ventricule.

L'immobilité du ventricule, son défaut d'expansion, établissent le vide et la rétraction de cette cavité. L'expérience instituée par Harvey (section du ventricule) fait voir que la cavité ventriculaire ne s'ouvre, ne se dilate et ne donne un jet de sang qu'au premier temps, pendant le battement ventriculaire (1). Dans l'état de repos, la cavité du ventricule est effacée et elle ne donne pas issue à la moindre quantité de sang.

De ce que le doigt introduit dans le cœur cesse d'éprouver la pression, dans l'état de repos, M. Béclard conclut que l'orifice auriculo-ventriculaire s'ouvre. Je dis, moi, que cette pression est seulement moins forte (2), parce que les parois ventriculaires sont molles et n'ont plus leur dureté systolique, L'orifice n'est donc pas ouvert pendant le repos des ventricules; s'il l'était, les ventricules ne seraient pas immobiles et donneraient signe d'une ampliation de cavité.

M. Béclard a qualifié de chronométrique l'instrument enregistreur.

(1) M. Beau eût rendu son idée plus claire en disant : le ventricule ne se dilate et ne donne un jet de sang que pendant la contraction auriculaire.

(2) Si Haller eût pensé comme M. Beau, il n'aurait pas dit, d'une part, que le cœur passe, après sa contraction complète, à l'état de dilatation, de relâchement ou de diastole (*Élém. phys.* In-4, tomus I, p. 386. Lausannæ, 1757), et, d'une autre part, que dans cette diastole les parois des ventricules s'éloignent de leur cloison, d'où il résulte que le doigt, introduit dans la cavité du cœur, cesse d'être serré. (*Ibid.*, t. I, p. 398.)

Pourquoi donc alors cet instrument a-t-il enregistré trois tracés différents? J'ai dit mon opinion sur eux. La diastole ventriculaire ne se trouve indiquée, comme le suppose la théorie ancienne, que dans le troisième tracé.

M. Béclard a affirmé qu'il n'y avait pas plusieurs théories anciennes. D'où vient alors que le ventricule se remplit, pour M. Bouillaud, par aspiration, et que l'oreillette soit immobile, tandis que Harvey repoussait l'idée de l'aspiration et admettait l'action contractile de l'oreillette? (*De Motu cordis*, etc., p. 32 de l'édit. de Leyde.)

La théorie de Laënnec, celle de Hope, ne ressemblent pas à la théorie de Harvey.

M. Beau répond à M. Gavarret : La contraction des oreillettes est énergique, les orifices des veines ont des sphincters (1). J'en appelle à Gerdy. Ce sont ces sphincters qui empêchent le sang de refluer dans les veines (2).

Toutefois, le sang reflue en partie, lorsqu'il éprouve une trop grande difficulté à traverser le cœur.

M. Gavarret soutient qu'il existe, au second temps, une diastole ven-

(1) M. Beau ne va-t-il pas un peu trop loin en tenant ce langage? Sans doute il existe dans la veine cave supérieure dépourvue de valvule quelques fibres charnues qui entrent en contraction en même temps que celles de l'oreillette dont elles font partie; sans doute il y a encore des anses musculaires dans la veine cave inférieure munie d'une valvule incomplète, mais ces sortes de sphincters sur lesquels en effet Gerdy a appelé l'attention (*Journal compl. des sciences méd.*, t. IX, p. 97), comme l'a dit Bérard (t. III de son *Cours de physiologie*), et qu'a bien décrites M. Parchappe (*du Cœur, de sa structure*, etc., p. 37), suffisent-ils pour empêcher, dans une certaine proportion, le reflux du sang dans les vaisseaux qui l'ont apporté?

(2) Telle n'était pas l'opinion de Senac; ce n'était pas non plus celle de Haller. « Si le sang dégorge d'abord dans l'oreillette droite, lorsqu'elle se relâche, disait Senac, il rebrousse lorsqu'elle se contracte; car il est repoussé en partie dans les veines caves ou y rentre du moins dans les premiers instants, puisqu'elles sont ouvertes; il doit par conséquent les dilater, arrêter celui qui arrive de tous côtés, l'obliger même à revenir sur ses pas. » (*Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 38, 2ᵉ édit. in-4. Paris, 1774.)

— « Nam Eustachii valvula, et si aliquantum reditum sanguinis in «venam cavam inferiorem moratur, inquiebat Haller, omnino tamen non «impedit, cum dimidiam ad summum, alias tertiam, aut minorem deni«que venæ latitudinem teneat; a superiori vero vena cava nihil avertit.» (*Elementa physiol.*, t. I, p. 402, in-4. Lausannæ, 1757.)

triculaire, elle n'existe pas; le doigt sent l'orifice auriculo-ventriculaire fermé pendant tout le second temps.

Il faut distinguer le relâchement de l'état de dilatation (1); un muscle non contracté est relâché; un muscle creux peut être relâché sans être dilaté; le sphincter de l'anus non contracté clot le rectum; cela est dû à la force de *tonicité musculaire*. Il en est de même du pharynx en dehors du moment de la déglutition; on peut remplir la bouche d'eau, porter la tête en arrière sans que l'eau pénètre dans la cavité pharyngienne. Pareille chose a lieu dans le cœur.

Si le bruit normal et le choc qui coïncident ensemble résultent, a dit M. Gavarret, de la partie diastolique du battement, le pouls doit se faire sentir après le bruit normal et le choc; or on sait que le pouls est à l'état de synchronisme parfait avec le premier bruit et le choc.

Pour moi, le pouls arrive immédiatement après le bruit et le choc. M. Buisson (thèse de Paris, 1862, *Quelques recherches sur la circulation du sang*, p. 25), « a vu les pulsations de la carotide *suivre* en réalité le choc du cœur » (2).

Comment puis-je montrer, me demande M. Gavarret, que le premier bruit normal vient de la diastole? En montrant que ce bruit est isochrone au choc qui est pour moi un phénomène diastolique.

On me reproche l'activité et l'importance que j'accorde à l'oreillette. Je persiste dans cette croyance. Ce qui prouve que l'oreillette est l'agent central de la circulation, c'est que certains animaux inférieurs n'ont pas d'autre cœur qu'une oreillette, c'est-à-dire une cavité unique qui déverse le sang du tronc veineux dans le tronc artériel.

Suivant M. Gavarret, le premier tracé contient les phénomènes principaux exigés par la théorie ancienne. La diastole lente du ventricule n'y est pas indiquée. Une sensibilité plus grande de l'instrument a pro-

(1) M. Parchappe avait déjà dit dans son *Traité du cœur, de sa structure et de ses mouvements* (in-8. Paris, 1848, p. 92): « Le mot diastole, qui exprime un fait complexe, peut prêter à l'équivoque, si, comme il arrive souvent, on l'emploie pour désigner l'un ou l'autre des deux éléments qui entrent dans le fait complexe, le relâchement des parois par la cessation de leur action, ou leur distension par la pression du sang. »

Nous avons enrégistré dans une des précédentes notes l'opinion de Haller sur ce point. « Après sa contraction, le cœur passe, disait-il (t. I, p. 386 de ses *Élém. de physiol.*), dans cet état que nous appelons dilatation, relâchement ou diastole. »

(2) On savait, bien avant les travaux de M. Buisson, que les pulsations des artères se faisaient à une époque d'autant plus éloignée des pulsations cardiaques qu'elles étaient plus distantes du cœur.

duit, dans la ligne ventriculaire du deuxième tracé, un mamelon dû à la systole auriculaire; une diminution de sensibilité eût donné des résultats inverses.

Le troisième tracé indique la diastole lente du ventricule. L'instrument était-il encore plus sensible que le second? Donc, il n'est pas exact de dire, en dehors de toute illusion, de toute influence théorique, que le cœur trace lui-même ses mouve ments.

J'ai toujours vu que la durée de la systole auriculaire égalait à peu près celle de la systole ventriculaire.

Je ne m'explique pas l'intervalle qui dans le troisième tracé (voyez la fig. 6) sépare le petit mamelon *e* du grand mamelon attribué à la systole ventriculaire.

Au lieu d'attribuer aux vibrations des valvules tricupides les trois petits mamelons *b* de la ligne auriculaire, je les avais attribués à des oscillations. J'avoue la confusion que j'ai faite. Mais ces vibrations sont-elles démontrées?

J'ai dit que, d'après la théorie ancienne, les pressions intra-ventriculaires devraient précéder les pressions intra-auriculaires, puisque le sang doit remplir le ventricule qui est en bas, avant de remplir l'oreillette qui est en haut. Ces pressions se font en même temps pour M. Gavarret.

M. Gavarret dit que j'ai adopté le premier tracé, parce qu'il confirme, à mes yeux, ma théorie, il a raison. La figure que j'ai donnée (la 7e) du premier tracé ne ressemble pas assez à son modèle. Cette copie m'a été faite dans le but de recevoir beaucoup de lignes démonstratives. Je préfère le tracé original qui, d'ailleurs, donne encore mieux l'idée d'une action normale et paisible du cœur que le deuxième tracé.

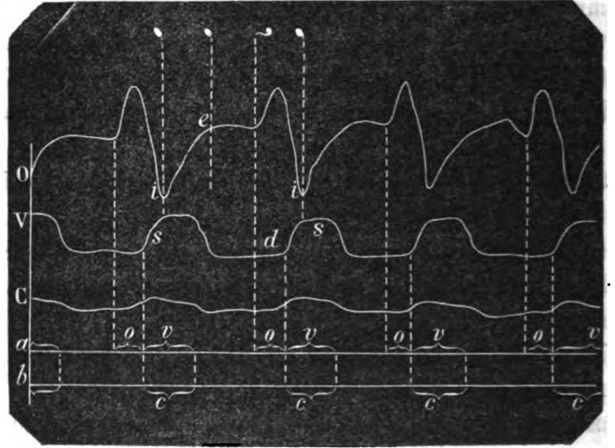
M. Gavarret me reproche de faire continuer la systole de l'oreillette avec celle du ventricule. J'admets qu'il y a un moment où l'ondée a une moitié dans l'oreillette qui la chasse, et une autre moitié dans le ventricule qui la reçoit. On voit cet enjambement dans le cœur battant à découvert, comme sur les lignes du premier tracé.

J'ai remarqué, à l'École pratique, que l'aiguille ventriculaire montait par suite de la diastole du ventricule, lorsque l'aiguille auriculaire baissait par suite de l'évacuation systolique de l'oreillette (1).

J'ai dit que l'oreillette et le ventricule droit avaient, non pas la même force, mais *à peu près* la même force et la même épaisseur, ce qui est vrai, comparativement aux cavités gauches.

(1) Voyez plus haut, pour l'intelligence de ces paroles, l'interprétation qu'a faite M. Beau du premier tracé cardiographique.

M. Beau reproduit ici le premier tracé augmenté des quelques lignes perpendiculaires nécessaires à sa démonstration.



Reproduction de la fig. 8.

Au point *i* la diastole auriculaire commence immédiatement après la fin de la systole. D'après ce tracé, la succession de la systole et de la diastole auriculaire est encore plus rapide qu'il ne le pensait; il les avait crues séparées par la systole ventriculaire. Il adopte maintenant que la diastole auriculaire commence en même temps que la systole ventriculaire, au lieu de commencer après elle.

Ce petit détail que lui a appris le cardiographe ne pouvait être perçu ni par l'œil, ni par la main.

L'orateur rappelle sa théorie de la cause de production des bruits normaux, sa mesure à trois temps, son premier bruit en *s*, son second en *e*, le centre du silence sur la ligne *d*.

Il ne sait pourquoi M. Gavarret veut que le second bruit soit en *i*. Il n'a jamais dit, lui, que le deuxième bruit normal eût lieu dans l'intervalle qui sépare la systole de l'oreillette de la diastole.

M. Parchappe n'admet pas qu'il y ait pénétration simultanée du sang dans l'oreillette et dans le ventricule pendant le repos du cœur, il l'a vue seulement dans les cas de perturbation cardiaque comme anomalie.

La plupart des propositions que j'ai émises, dit M. Beau, sont partagées par M. Parchappe. Nous différons ensemble sur un point. M. Parchappe admet que le mouvement de systole ventriculaire suit immédiatement la systole auriculaire. Où est donc la diastole ventriculaire qui doit suivre la systole énergique de l'oreillette et précéder la systole du ventricule (1)?

(1) « L'ordre des mouvements considéré, quant à la succession et à la

M. Beau affirme que M. Chauveau lui a fait voir, palper et admirer la vive et puissante contraction de l'oreillette. Il lui a fait voir, pendant le battement ventriculaire, le ventricule présentant des rides avec retrait de son volume. Il lui a fait sentir, en même temps, l'abaissement brusque des valvules auriculo-ventriculaires. Tout cela est vrai mais incomplet. M. Beau fit remarquer à M. Chauveau, dans le commencement du battement ventriculaire, après la systole de l'oreillette et avant la systole du ventricule, une ampliation brusque des parois ventriculaires dénotant une diastole du ventricule. Il fit remarquer aussi que cette dilatation ne pouvait pas avoir lieu dans le temps de repos, parce qu'alors le ventricule était immobile, à l'état de retrait, et que le doigt sentait cet orifice fermé et revenu sur lui-même. De là *ces dissidences graves* qui se produisirent parmi les assistants et qui portèrent M. Marey à s'associer avec M. Chauveau.

Les mêmes faits dissidents se sont reproduits dans le premier tracé, malgré le changement de mode de démonstration.

Ici M. Beau parle des bons esprits qui sont demeurés fidèles à sa théorie, du grand nombre qui la conservent. Il cite Valleix convaincu, et termine son discours par une citation de M. Marey : « La théorie de M. Beau, qui compte encore beaucoup d'adhérents, doit son succès à ce qu'elle est simple et logiquement déduite » (*Physiologie médicale de la circulation du sang*, note de la p. 77. 1 vol. in-8; Paris, 1863).

DEUXIÈME DISCOURS DE M. GAVARRET (1).

M. Gavarret s'attacha, dans ce discours, à démontrer à son antagoniste qu'il n'avait pas donné dans sa deuxième lecture des preuves à l'appui de ses affirmations; qu'il avait allégué des faits non sanctionnés par l'anatomie; qu'il lui avait souvent prêté un langage qu'il n'avait pas tenu, etc., etc.

Relativement aux six muscles sphincters *assez puissants*, selon M. Beau, pour opérer et maintenir l'occlusion des veines caves et pulmonaires, il cita l'autorité de Gerdy niant l'occlusion de ces veines pen-

coïncidence, dans le cœur tout entier se résume ainsi : Les deux oreillettes se contractent, et, au même instant, les deux ventricules se dilatent; puis les deux ventricules se contractent, et, au même instant, les deux oreillettes se dilatent. » (Parchappe, *du Cœur*, *de sa structure*, etc. 1 vol. in-8. Paris, 1848, p. 93.)

(1) Séance du 7 juin 1864, de la page 819 à la page 840 du *Bulletin de l'Académie*, t. XXIX. 1864.

dant la systole de l'oreillette (*Dictionnaire de médecine*, t. VIII, p. 37, article Circulation), et il mit M. Beau en demeure de fournir la preuve de l'existence de ces sphincters assez puissants pour fermer hermétiquement les orifices auriculaires des grosses veines.

Relativement à cette opinion de M. Beau : que le sang ne passe de l'oreillette dans le ventricule que par et pendant la systole de l'oreillette, le ventricule formant une masse de chair compacte qui sert de plancher résistant à la cavité de l'oreillette jusqu'à ce que l'oreillette se contracte, M. Gavarret opposa que cette *résistance* ne pouvait être que celle d'un muscle *mou et relâché*. Or, comment avec cette résistance, le cœur fait-il équilibre à une pression qui de 200 grammes qu'elle est au moment du choc de l'ondée sanguine s'élève bientôt à 425 grammes ? Comment M. Beau peut-il soutenir, contrairement à MM. Chauveau et Marey, que la pression que le doigt éprouve, pendant la systole, de la part de la valvule auriculo-ventriculaire, se continue pendant le relâchement, la vacuité ou le temps de repos du cœur ? La *hernie* que fait la valvule dans la systole devrait donc sa persistance à la *hernie* que feraient dans les oreillettes les parois relâchées des ventricules !

L'Académie appréciera les raisons alléguées par M. Beau en faveur du déplacement du centre circulatoire.

J'aurais fait dire à M. Beau « que l'oreillette et le ventricule du côté droit ont *la même force et la même épaisseur*. » C'est *à peu près* que j'ai dit, citant textuellement les paroles de M. Beau.

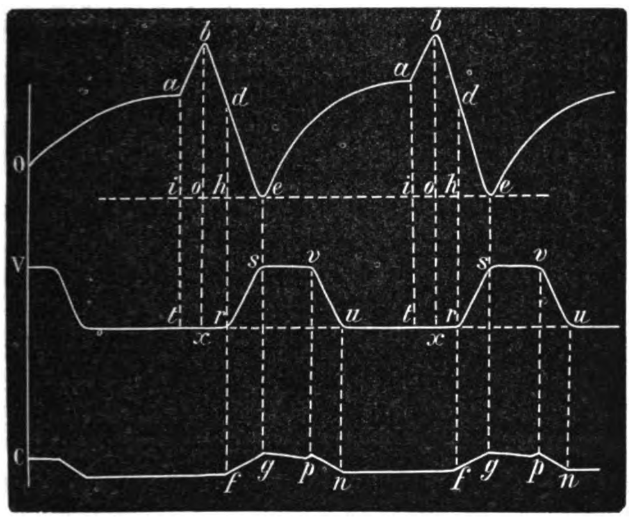
J'ai parlé de la coïncidence du premier bruit du cœur avec le pouls carotidien. On peut s'exprimer ainsi *cliniquement* parlant, mais je n'ai jamais parlé de *synchronisme parfait*, comme M. Beau me le fait dire.

M. Beau ayant persisté dans le choix qu'il avait fait du premier tracé cardiographique « parce qu'il avait été pour ainsi dire *le premier jet de l'instrument*, » M. Gavarret dut continuer à parler des perfectionnements qu'avait subis le cardiographe, et il répéta ce qu'il avait déjà dit, à savoir : « que les trois tracés successivement publiés ne faisaient réellement que se compléter les uns les autres. »

Le *premier jet*, la *spontanéité* du premier instrument enregistreur furent considérés par M. Gavarret comme des expressions malheureuses, et les paroles suivantes : « La sensibilité de l'instrument a été modifiée dans un *but précis* qui a été atteint, » furent jugées plus sévèrement encore. M. Gavarret appuya, par des exemples, la critique qu'il venait de faire du langage de M. Beau.

L'orateur laissa de côté les deuxième et troisième tracés que M. Beau répudierait encore, parce qu'ils avaient été fournis par des appareils modifiés dans un *but précis qui avait été atteint*.

Mais il revient sur le premier tracé, qui suffisait pour mettre en évidence le peu de solidité des théories physiologiques de M. Beau.



Reproduction de la fig. 7.

M. Gavarret n'avait pas dit que M. Beau l'avait adopté, parce qu'il confirmait sa théorie, il avait dit seulement « que M. Beau était parvenu à trouver une interprétation de ce tracé qu'il se croyait autorisé à considérer comme la démonstration absolue, irréfutable de ses doctrines physiologiques. »

Rappelant l'explication que M. Beau avait donnée pour rendre compte de la brusque diminution qu'éprouve la pression intra-auriculaire dans la seconde moitié de la systole de l'oreillette, M. Gavarret fit remarquer que M. Beau s'était contenté de répondre que c'était là une dissidence à ajouter à toutes celles qui le séparaient de M. Gavarret.

M. Beau a fait correspondre dans le premier tracé, comme l'avaient fait du reste MM. Chauveau et Marey, le commencement de la diastole de l'oreillette au point *e* (voyez la fig. 7). Or, il professe depuis trente ans que cette dilatation ne commence qu'après la systole du ventricule. Le point *e* devrait donc correspondre au point *u* de la ligne ventriculaire.

M. Beau a reconnu la vérité de cette remarque, et il admet aujourd'hui que la diastole auriculaire commence en même temps que la systole du ventricule; mais alors, dans son interprétation, cette systole aurait dû commencer en *s*. Or, ce point correspond à sa diastole ventriculaire qu'il

a fait commencer en *r*, pour la conduire jusqu'en *v*, en passant par *s*.

Abandonnant les mouvements du cœur, M. Gavarret revint à la question des bruits, et il montra, par des citations empruntées au *Traité d'auscultation* de M. Beau (p. 227, 229, 230, 291, 294), que, pour cet auteur, ces deux bruits du cœur étaient dus au choc brusque de l'ondée sanguine contre les parois des cavités cardiaques au début des diastoles, le reste des diastoles s'opérant silencieusement. C'était donc en *r*, comme nous l'avons dit dans la séance du 10 mai, et non pas en *s*, comme le dit maintenant M. Beau et comme il nous le fait dire à faux, que se produisait le premier bruit cardiaque; c'est toujours en *e* que se produit le premier bruit, et la systole ventriculaire ne commence pour M. Beau qu'en *v*.

Donc, nous sommes fondé à maintenir la conclusion par laquelle nous avons terminé notre dernier discours, à savoir, que les deux bruits du cœur se produisent fatalement, pour M. Beau, dans le même moment.

Pour échapper à cette conclusion, M. Beau a, dans sa seconde lecture, transporté les deux bruits à la fin (1) des diastoles, contredisant ainsi ce qu'il a dit dans son *Traité expérimental et clinique d'auscultation* : qu'après le choc produit par l'irruption subite de l'ondée, la diastole s'achève silencieusement.

Donc le commencement de la diastole auriculaire *e* ne coïncide, dans l'interprétation du premier tracé faite par M. Beau, ni avec le commencement de la systole ventriculaire *v*, comme il le veut maintenant, ni vers la fin de cette systole *u*, comme le veut sa théorie, mais bien en pleine diastole ventriculaire *s*, et que les deux bruits du cœur se superposent.

M. Beau me reproche, dit M. Gavarret, d'avoir placé le point *e* dans l'intervalle qui sépare la systole de l'oreillette de sa diastole. Mais il n'existe pas d'intervalle pour M. Beau, la systole finit au point *e* où la diastole commence. C'est au même point que le sang vient choquer les parois de l'oreillette dans le deuxième bruit; ce point *e* coïncide donc avec ce choc. M. Beau dit aller des faits à la théorie et non de la théorie aux faits, et cependant il admet que *le ventricule a la même capacité que l'oreillette*.

A-t-il vérifié cette assertion? MM. Hiffelshein et Robin, qui ont comparé la capacité des ventricules à celle des oreillettes, ont trouvé les ventricules plus grands que les oreillettes correspondantes. M. Beau

(1) N'est-ce pas plutôt au milieu des diastoles que M. Beau rapporte les deux bruits? (Voyez plus haut la fig. 8 suivie de l'explication qu'il en a donnée. — Voyez aussi cette fig. et cette explication p. 806 et suiv. du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

s'est montré satisfait du jugement porté par M. Marey sur sa théorie, parce qu'elle serait, d'après cet auteur, logiquement déduite. Elle est logiquement déduite, en effet, mais elle est déduite de prémisses fausses, de pures hypothèses, telles que : 1° *l'occlusion complète des veines pendant la systole auriculaire; 2° l'occlusion complète de l'orifice auriculo-ventriculaire pendant la diastole auriculaire; 3° l'égalité de capacité des cavités auriculaires et ventriculaires correspondantes.*

M. Gavarret rendit justice à son laborieux adversaire, qui avait revu tout ce que, longtemps avant lui, Harvey et Haller avaient si bien constaté. Mais il lui reprocha d'avoir, sans examen assez approfondi, conclu de la grenouille au mammifère et déduit des résultats de ses expériences sur les batraciens sa théorie de la circulation intra-cardiaque de l'homme. Il lui montra la circulation tout entière s'accomplissant, chez la grenouille, dans un plan horizontal. Il lui rappela qu'elle n'avait pas de colonne sanguine pressant de tout son poids sur les orifices cardiaques des veines et des artères; que son ventricule n'avait pas de colonne sanguine à soulever n'ayant à vaincre que la faible résistance des capillaires; que ses veines caves sont très-contractiles et que son sang, en passant des veines dans les oreillettes, des oreillettes dans le ventricule et du ventricule dans les artères, obéit à un véritable mouvement péristaltique comparé par Harvey au cheminement du bol alimentaire dans l'œsophage (1). En raison de toutes ces circonstances, continua M. Gavarret, on peut voir chez ces animaux, l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire persister pendant la diastole des oreillettes, et les veines rester fermées pendant la systole auriculaire.

Chez l'homme, au contraire, l'orifice de la veine cave supérieure supporte le poids de toute la colonne sanguine qui mesure la hauteur qui sépare cet orifice des sinus du la dure-mère; cette colonne tend à retomber dans l'oreillette; les veines caves sont peu contractiles. Par suite, l'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire cesse avec la systole du ventricule. D'une autre part ce ventricule a pour mission de soulever des colonnes sanguines considérables pour les pousser dans les artères et pour vaincre la résistance des capillaires.

S'il avait tenu compte de ces différences, M. Beau n'aurait pas déduit de ses expériences sur les animaux inférieurs, sa théorie de la circulation intra-cardiaque de l'homme.

Telles furent les conclusions du second discours de M. Gavarret.

L. Mailliot.

— La suite au prochain numéro. —

(1) Voyez la preuve de cette allégation, notes de la page 453.

VARIÉTÉS

L'HOMŒOPATHIE A L'ÉTRANGER. — UNE CHAIRE ET UN HÔPITAL A MADRID. — L'HÔPITAL HOMŒOPATHIQUE DE LONDRES. — UNE CONVERSION BRILLANTE ET INATTENDUE. — UN MIRACLE DE RECONNAISSANCE, ETC.

La méthode homœopathique poursuit modestement en France le cours de ses succès, mais sans éclat, sans encouragement jusqu'ici de la part de l'autorité, ou de celle des personnes haut placées qui profitent de ses bienfaits et dont la protection pourrait, au point de vue de la propagation de la méthode et de son enseignement, balancer l'hostilité toujours active des corps médicaux officiels. D'un autre côté, les ouvriers de Paris attendent toujours l'appel en discussion publique de la pétition qu'ils ont adressée au sénat, et où ils demandent à recevoir dans les hôpitaux, quand la nécessité les y conduit, les soins auxquels ils sont habitués dans les dispensaires homœopathiques..

Plusieurs autres pays se montrent, à l'égard de la grande réforme médicale moderne, beaucoup moins indifférents que le nôtre. Des faits récents nous en offrent des preuves nombreuses; nous demandons la permission de les résumer ici.

I. CHAIRE ET CLINIQUE HOMŒOPATHIQUES A MADRID. — Commençons par l'acte le plus récent et le plus éclatant : nous le trouvons dans un pays par lequel la France n'a pas l'habitude d'être devancée, mais qui n'a pas voulu l'être plus longtemps lui-même par l'Allemagne, l'Angleterre, les États-Unis et le Brésil, au point de vue de la question spéciale qui nous occupe. C'est ce qui résulte de l'ordonnance royale du 5 janvier 1865 et de la lettre ministérielle qui l'a suivie :

« *A Son Excellence M. le Directeur général de l'instruction publique.*

« Monsieur le directeur,

« A la sollicitation de MM. José Nunez, marquis de Nunez, président de la *Société hahnemannienne de Madrid*, et Anastasio Garcia-Lopez, secrétaire de la même société, laquelle a été autorisée par ordonnance royale du 23 avril 1846, agissant en leur nom et en celui de ladite société, pour obtenir l'exécution des ordonnances royales du 18 janvier et du 14 mai 1850, qui, d'accord avec le conseil royal de l'instruction publique, décident l'établissement provisoire de chaires et de cliniques homœopathiques dont les résultats permettront, par la suite, d'adopter des mesures définitives.

« S. M. la reine (Q. D. G.) a daigné ordonner que les mesures néces-

saires fussent prises par la direction générale de l'instruction publique, en vue de l'établissement de ces cours et cliniques homœopathiques, mais sans caractère académique et seulement à titre d'expérimentation scientifique.

« Le gouvernement se réserve le droit d'inspection spéciale, dans sa plus large acception et de la manière qui lui paraîtra la plus opportune, pour assurer le progrès des sciences médicales et la santé des populations, objet de sa constante sollicitude.

« Sa Majesté veut également que les frais occasionnés par l'achat et l'entretien du mobilier, l'achat et la conservation des médicaments, et le séjour dans ladite clinique des malades qui, de leur plein gré, viendront s'y faire soigner, seront à la charge du ministère, comme dépendant de la division de bienfaisance et santé publique.

« La direction de cet établissement est confiée à M. J. Nunez.

« C'est par ordre royal, monsieur le directeur, que je communique la présente à Votre Excellence, afin qu'après en avoir pris connaissance, elle veuille bien veiller à son exécution.

« Je prie Dieu, monsieur le directeur, qu'il accorde de longues années à Votre Excellence. *Le ministre,* GALIANO. »

« Madrid, 5 janvier 1865. »

Cette ordonnance sauvegarde, on le voit, tout ensemble les droits de la science, ceux des malades et ceux de l'État : rien ici ne ressemble à un privilége, c'est, au contraire, un acte de justice. En présence des bons résultats mille fois confirmés de la médication homœopathique dans tous les pays et depuis tant d'années, malgré l'opposition et les partis pris des corps savants, l'opinion publique s'émeut, et il est impossible de sacrifier toujours la vérité et les plus légitimes intérêts de l'humanité.

II. BANQUET DES FONDATEURS ET SOUSCRIPTEURS DE L'HOPITAL HOMŒOPATHIQUE DE LONDRES. — Ce banquet a eu lieu le 22 février dernier, sous la présidence de lord Ebury; les assistants étaient nombreux; son plus beau résultat a été 25,000 fr. de souscriptions en faveur de l'hôpital. De nombreux toasts ont été portés à S. M. la reine, à la famille royale (madame la duchesse de Cambridge a le haut patronage de l'hôpital), à l'armée, à la flotte, qui comptaient au banquet de nombreux et dignes représentants, au président, au vice-président et aux patrons de l'hôpital.

Dans sa réponse à ce dernier toast, lord Ebury n'a pas craint de déclarer que l'hostilité des médecins contre les sectateurs de Hahnemann était *dégradante pour toute la profession.* « Il est heureux, pourtant, dit-il un peu plus loin, de constater le progrès rapide de la nouvelle école;

chaque jour voit naître de nouvelles conversions, même dans le centre du camp opposé. Néanmoins, le nombre des médecins homœopathes ne s'accroît pas autant que cela serait désirable, car de tous côtés les villes et les campagnes en réclament. »

Arrivant à l'hôpital-homœopathique de Londres, le président constate que, depuis son ouverture, 45,000 malades y ont reçu des soins : néanmoins, les places manquent ; on s'en est surtout aperçu l'année précédente, alors que régnait à Londres une fièvre maligne, dont de nombreux cas remplirent les salles de l'hôpital et y furent traités avec beaucoup de succès. Il termine en demandant de nouvelles souscriptions qui permettent d'acheter une petite maison contiguë à l'établissement pour recevoir les malades qui viennent demander un lit.

Nous avons dit l'heureux résultat pécuniaire de la réunion (1).

III. — Sous le titre de *Une surprise désagréable*, le même journal (p. 178) raconte à ses lecteurs que, dans la réponse à un toast qui termina un dîner d'honneur que lui offraient ses confrères, le Dr Thomas, l'éminent chirurgien de *Staffordshire County Hospital à Wolverhampton*, fit, à la grande surprise de tous les assistants, la déclaration suivante : « Depuis longtemps déjà, je me suis appliqué à l'étude de la doctrine homœopathique, et j'en trouve les principes si vrais, je suis tellement satisfait des résultats qu'elle m'a donnés dans la pratique, que j'ai fermement résolu de vouer le reste de ma vie à sa propagation et à sa défense. » Il est plus facile de s'imaginer que de décrire la stupéfaction des auditeurs, en présence de cette déclaration d'un homme dont tout le monde proclame la science et le talent littéraire, et qui venait de recevoir les compliments les plus élogieux dans cette fête dont sa présence avait été l'occasion. Le Dr Thomas a pris tous ses grades universitaires à l'Université de Londres, il y a reçu la médaille d'or, est membre du collége de médecine et d'anatomie de cette ville, lauréat de l'Université de Longbridge, et, avant de remplir les fonctions de chirurgien du *Staffordshire County Hospital* à Wolverhampton, il était démonstrateur d'anatomie à *the university medical School*.

IV. — De ces faits il nous a paru bon de rapprocher le suivant qui, dans toute sa simplicité, nous permet de constater combien l'opinion publique, obéissant à un sentiment de reconnaissance dans lequel on ne saurait séparer de la personne la doctrine elle-même, a reconnu les bienfaits de la médication homœopathique dans la personne du Dr Craig. Cet honorable confrère étant sur le point de quitter la ville de Leeds,

(1) *The Monthly homœopathic journal*, mars 1865, p. 179.

après y avoir exercé pendant quinze ans la médecine d'après la méthode de Hahnemann, ses nombreux clients ont ouvert une souscription et se sont réunis pour lui offrir, comme témoignage de leur reconnaissance et de leurs regrets, un magnifique don consistant dans un meuble d'art muni d'une collection complète d'instruments de chirurgie et un microscope d'une grande puissance ; en même temps que ce cadeau, une médaille lui a été remise pour « *perpétuer les sentiments d'estime, de confiance et de gratitude de ses malades et amis.* » Ce témoignage de haute estime a été remis au Dr Craig, le 27 janvier dernier, par une nombreuse députation de clients et d'amis, à laquelle se joignirent, pour le féliciter, plusieurs confrères de la ville et des environs.

Nous n'entrerons pas dans les détails de la cérémonie, que le *Monthly hom. journal* nous raconte (p. 184). Mais, en adressant nos félicitations au Dr Craig, à ses reconnaissants clients, nous rappellerons que l'introducteur de l'homœopathie en France, le vénérable Des Guidi, a reçu de ses malades, à Lyon, un témoignage de gratitude analogue, il y a déjà plusieurs années.

V. UNE COMPAGNIE D'ASSURANCES SUR LA VIE, A LONDRES, CONVERTIE A L'HOMOEOPATHIE PAR L'ÉVIDENCE DES STATISTIQUES. — Tel est le titre d'un article fort curieux et intéressant, qui ouvre le numéro d'avril de *The Monthly hom. journal*. Nous ne voulions pas parler de ce fait, mais, comme la *Gazette médicale de Lyon*, en le citant, l'accompagne de réflexions inexactes, nous le donnons tel qu'il s'est passé et pour ce qu'il vaut.

Le 16 décembre dernier, à l'assemblée générale des actionnaires, de *The general Provident assurance Company*, dans *Freemason's Hall*, à Londres, les directeurs firent part du résultat des recherches qu'ils poursuivent chaque année avec la plus grande attention et sévérité sur les diverses conditions qui peuvent influer sur la durée de la vie humaine, dans le but principal de sauvegarder les intérêts de la Société commerciale, à la tête de laquelle ils ont été placés. Jusqu'ici la valeur du traitement médical avait été négligée par les compagnies d'assurances sur la vie dans leurs recherches : la direction de la *Prévoyante* a pensé que cet élément méritait un examen sérieux, elle s'y est livrée dans un but purement industriel et elle est venue exposer, d'après une statistique s'appuyant sur des faits nombreux : « Que les personnes traitées par la méthode homœopathique jouissent d'une santé plus robuste, qu'elles sont moins souvent malades ; que, malades, elles se rétablissent plus promptement que les autres ; que, dans les maladies graves, le chiffre de la mortalité est notablement moins élevé avec le traitement homœopathique que par celui de l'école officielle ; que des malades réputés in-

curables ont guéri par l'emploi des remèdes hahnemanniens ; enfin, que ces médicaments n'altèrent jamais la constitution, tandis que ceux prescrits dans la médecine ordinaire entraînent souvent des conséquences sérieuses, quelquefois même fatales. Ceci posé, les directeurs regardent comme un devoir de soumettre à l'assemblée la proposition, *d'ouvrir une section spéciale pour les personnes traitées par la méthode homœopathique, avec une prime annuelle inférieure à celle qui est payée par le reste des souscripteurs.* La proposition a été trouvée suffisamment motivée pour être admise à l'unanimité. »

« Nous le répétons, dit plus loin le journal, nous n'avons pas ici une opinion individuelle, l'avis d'un savant ou d'un lettré ; nous avons le résultat d'une enquête conduite par des commerçants, dans un but commercial, d'une enquête dirigée avec cette merveilleuse précision qui a élevé les recherches des compagnies d'assurances de l'Angleterre au rang de vérités scientifiques, en raison probablement des graves intérêts pécuniaires qui en sont à la fois le point de départ et l'objet définitif. »

VI. L'HOMOEOPATHIE DANS LE ROYAUME DE SAXE. — Après avoir constaté par des faits bons à retenir la position acquise en Espagne par l'homœopathie vis-à-vis de l'autorité, en Angleterre vis-à-vis des classes élevées et riches, qui soutiennent l'hôpital spécial de Londres, et des classes pauvres qui s'y présentent en foule, après avoir raconté qu'elle vient de convertir un des chirurgiens les plus distingués de ce pays, qu'elle a valu à un de nos confrères la reconnaissance d'une ville entière, et enfin modifié au profit des clients de la méthode les tarifs d'une compagnie d'assurance sur la vie, montrons qu'il existe au moins un pays où elle a su rappeler près d'elle dans de bons rapports de confraternité sa sœur l'allopathie. C'est dans la Saxe qu'on voit cette sorte de miracle, dans cette Saxe qui eut l'honneur de donner naissance à Hahnemann, mais qui eut aussi deux fois le malheur d'expulser ce grand homme de son sein. Elle expie sa faute en rendant aux disciples du maître la justice qui leur est due. Voici ce qu'on lit dans le *Neue Zeitschrift für homœopathische Klinik*, du 1er janvier 1865 :

« La fête qui vient d'avoir lieu pour célébrer le cinquantième anniversaire de l'*Institut obstétrique*, a fourni une preuve de la bonne confraternité qui réunit les praticiens de diverses écoles (à Dresde). Règle générale, cette même confraternité existe dans toute la Saxe. Les médecins homœopathes ne sont nullement exclus des instituts médicaux (écoles de médecine), et en conséquence ils sont invités à toutes leurs fêtes. Dans celle-ci, non-seulement le président de l'École d'obstétrique, le Dr Greuser, en proposant un toast à la bonne confraternité, fit allusion

à ce fait que les médecins, allopathes et homœopathes, assistaient à cette réunion; non-seulement un autre orateur rappela que deux homœopathes présents suivaient les cours de l'Académie; mais le Dr Reichembach, le célèbre botaniste, dit qu'il venait de faire des leçons sur la matière médicale, « cette branche de la médecine, si négligée par les uns, tandis qu'elle est principalement cultivée par les autres; il ajouta « qu'il avait eu l'occasion d'observer l'influence exercée par l'illustre Hahnemann. Quoiqu'il n'ait pas marché dans la même voie que lui, il ne l'a pas moins suivi dans ses recherches de matière médicale avec le plus grand intérêt, etc., etc. »

« De telles preuves de bons sentiments confraternels, dit en terminant le rédacteur, ne devraient pas avoir besoin d'être signalées ici; ces sentiments sont naturels et devraient être universels, mais nous savons qu'il n'en est pas malheureusement ainsi ailleurs, et c'est notre excuse et le motif vrai de notre narration. »

Honneur aux médecins saxons ! puissent-ils être bientôt imités par leurs confrères de tous les pays et par ceux du nôtre en particulier !

E. Escallier.

Nous regrettons que l'espace nous permette seulement de reproduire les principaux toasts prononcés au banquet anniversaire pour la naissance de Hahnemann, dont nous avons déjà rendu compte. A. M.

M. le docteur Léon Simon père :

« Messieurs,

« Je dois, à l'absence de M. le président annuel de la Société de médecine homœopatique, l'honneur de prendre le premier la parole dans cette solennité.

« Je viens donc vous proposer, selon l'usage, un toast à la mémoire du fondateur de l'homœopathie, à la mémoire de Samuel Hahnemann.

« Je ne me crois pas obligé de rappeler une fois de plus ce qui a été dit si souvent et en si bons termes, des services rendus à la science et à l'humanité par notre maître. Tous, ici, nous avons présents à l'esprit les titres incontestés qu'il possède à la reconnaissance des savants. J'aime mieux arrêter pour quelques instants votre attention sur l'expression d'un vœu qui trouvera, je l'espère, de l'écho dans vos âmes.

« Plaise à Dieu que notre beau pays de France, à bon droit si fier de marcher à la tête de la civilisation, comprenne que le moment est venu de doter l'homœopathie d'*institutions cliniques !*

« En entrant dans cette voie, la France prendra son rang parmi les

peuples civilisés, aujourd'hui en possession des institutions que je réclame, comme un bienfait pour ma patrie.

« Du fond de la Russie, jusqu'en Pensylvanie et aux rives de l'Ohio, l'homœopathie a ses établissements et ses institutions hospitalières.

« Je tenais, il y a quelques jours seulement, l'ouvrage remarquable du docteur Bojanus, médecin à l'hôpital des Apanages de Ninji Novogorod, ouvrage dans lequel il rend compte des applications faites par lui de la *méthode homœopathique aux traitements chirurgicaux*, et j'ose dire que les résultats annoncés peuvent soutenir avantageusement toute comparaison avec les traitements allopathiques. Faut-il donc que la liberté scientifique reçoive plus d'encouragements en Russie que dans notre France ? En Autriche, deux hôpitaux homœopathiques existent à Vienne; et le rapport de M. Jaccoud constate que la clinique y est faite journellement comme dans les hôpitaux allopathiques. Leipsick et Munich ont aussi leurs institutions cliniques. Et dans cette vaste cité de Londres, où toute idée utile trouve un accès si facile, ne voyons-nous pas l'établissement qui porte écrit sur son front ces deux mots : *Homœopathic hospital*, s'élever fièrement à côté des nombreux établissements hospitaliers consacrés au soulagement des infirmités humaines ? Grâce à la munificence personnelle du chanoine de Cessole, un petit hôpital s'était fondé à Nice ; mais, reposant sur les ressources de son fondateur, il n'a pu survivre au fondateur lui-même.

« Sous l'influence et le juste crédit dont jouit notre ami le docteur Nunez, Madrid va posséder aussi son institution clinique. Le décret est rendu ; la reine a donné son agrément, l'exécution suivra de près.

« Enfin, les États-Unis possèdent deux facultés homœopathiques : l'une en Pensylvanie, l'autre à Cleveland, sur les rives de l'Ohio, où l'enseignement, la clinique et la collation des grades sont régulièrement établis.

« Je ne parle pas d'autres établissements hospitaliers, comme à Linz, en Autriche, qui possède deux hôpitaux, Guns et Gyongyos en Hongrie, Kremsier en Moravie, Nechanitz en Bohême, Lauban dans la Silésie prussienne, où se trouve un hôpital de 200 lits. Je passe très-rapidement sur les cliniques de Leipsick, de Prague et de Rio-Janeiro : car si je devais tout dire, vous seriez plus étonnés encore de ma conclusion : à savoir : qu'il est étrange et plus qu'étrange que la France soit à peu près le seul pays où il n'y ait rien, où il ne se fasse rien, où l'homœopathie n'obtienne rien.

« Que demandons-nous ? L'institution clinique, cette pierre de touche infaillible entre la vérité et l'erreur quand il s'agit de médecine. Y a-t-il

donc un si grand orgueil, une si haute présomption dans ce vœu que j'exprime ?

« Portez vos regards, messieurs, dans le camp allopathique ; voyez les idées qui dominent, les doctrines enseignées et les résultats obtenus ; dites s'il est permis de vivre sur les acquisitions faites, et de s'abandonner au cours du temps avec l'espoir qu'il développera les idées ou les principes enseignés. Jamais, sans aucun doute, époque plus féconde ne se présenta pour les sciences préparatoires à l'art de guérir. L'anatomie, la physiologie, la chimie médicale, ont fait et font encore ample moisson de riches matériaux pour la construction à venir de l'édifice médical. La pathologie suit péniblement les sciences dont j'ai parlé. Encore embarrassée dans les liens d'hypothèses vieillies et insoutenables, elle déblaye son terrain sans rien y élever de solide. De la pharmacologie l'allopathie ne sait pas le premier mot. Elle n'a, sous ce rapport, ni méthode de recherche bien assurée, ni principe arrêté. Quant à la thérapeutique, comme elle suppose et doit supposer que le médecin connaît l'homme, sujet de la science qu'il cultive et de l'art qu'il applique; la maladie, ennemi qu'il lui est donné de combattre ; et les agents curatifs, qui sont entre ses mains les armes dont il doit faire usage ; comme la thérapeutique impose au médecin la loi ou les lois qui lui sont propres, et que l'allopathie ne possède ni principe physiologique, ni doctrine pathologique, ou pharmacologique généralement consentie, ni loi thérapeutique avouée, il n'est pas si audacieux à l'homœopathie qui est, elle, en possesion de tous ces éléments, de demander sa place au soleil de la science, et son rang dans le monde des idées et des principes.

« Sans sortir des limites de notre patrie qui reflète, aujourd'hui, l'esprit médical du monde entier, où vit-on jamais anarchie plus grande régner en médecine ? C'est, dit l'un, l'*empirisme raisonné* qui est la loi de notre art. Mais l'*empirisme*, c'est le fait qui ne peut aller au delà du fait ; c'est le fait qui se produit aujourd'hui, pour ne se reproduire jamais identique à lui-même ; c'est le monde des contingences sans fil conducteur ; c'est le monde des phénomènes sans la lumière des principes pour les apprécier. Mais, ajoute-t-on, je dis l'*empirisme raisonné*. L'empirisme qui raisonne n'est plus qu'un empirisme menteur. Au fond, il devient le rationalisme ; le rationalisme avec ses faiblesses et ses défaillances : car, pour que la raison raisonne et soit bien sûre de ne pas déraisonner, il lui faut une base; et la base sur laquelle la raison peut s'appuyer avec confiance, ce sont les principes. Assez donc de l'empirisme !

« Vient un autre qui vante la *médecine exacte*, et, dans un ouvrage au-

jourd'hui oublié, a tracé la philosophie de cette medecine exacte ou prétendue telle. Il n'a pas de plus grand ennemi que l'*empirisme raisonné* dont je parlais à l'instant ; et tout le bagage de sa science s'est réduit en un temps à juguler la maladie ; ce dont il paraît bien revenu ; car, aujourd'hui, il voit autant de chloro-anémies qu'autrefois il voyait de phlegmasies. Mais, s'il est engagé dans des discussions académiques, comme la discussion sur le *principe vital*, vous le voyez incertain de lui-même, inclinant du côté de Barthez et de Lordat, sans les avouer explicitement, y démentir les prétentions excessives de l'organicisme, tout en paraissant lui rester fidèle ; et pourtant ne savoir où poser le pied pour soutenir les ardeurs de la lutte.

« C'est alors qu'apparaît un troisième clinicien qui brise sans pitié l'unité pathologique et lui substitue la dérision des *états organopathiques*.

« Tel est, messieurs, l'exact bilan de la médecine allopathique dans l'école de Paris ; et Paris, je le répète, reflète le mouvement médical du monde entier.

« L'Allemagne a ses institutions homœopathiques et l'Angleterre a les siennes. Croyez-vous que la patrie de Hufeland, de Quarin, de Stoll, de Van Swieten, n'ait pas autant de droits d'avoir ses susceptibilités, que la patrie de Bordeu, de Broussais et de Laënnec, pour ne parler que des temps modernes ; que le pays de Sydenham, de Cullen, et même de Brown, ne serait pas aussi autorisé que la France à repousser du pied l'homœopathie, si dans ces deux pays la liberté scientifique n'était développée à l'égal des autres libertés ?

« D'ailleurs, messieurs, sans rien préjuger de l'avenir réservé à notre doctrine, je maintiens qu'on ne peut plus la traiter comme une nouvelle venue, ayant à faire ses preuves et à donner des garanties. Elle offre, aujourd'hui, les caractères qui distinguent la vérité de l'erreur.

« Dans son développement, la vérité va toujours s'universalisant, tandis que l'influence de l'erreur reste locale ; la controverse tue l'erreur et vivifie la vérité. Dans sa marche et dans son allure, l'erreur est tracassière, hargneuse, s'en prend aux personnes et les injurie. La vérité, au contraire, combat en défendant ses principes, arguant des faits qui la justifient, des principes qui expliquent les faits, des méthodes qui l'ont dirigée dans ses découvertes.

« L'homœopathie, vous le voyez, va toujours s'universalisant ; elle parcourt tous les continents, et son nom est répété, je dirais presque d'un pôle à l'autre. Qui s'inquiète aujourd'hui de l'empirisme et de la médecine exacte et de la médecine organopathique ?

« Ces trois fractions d'une école se sont depuis longtemps ruinées

l'une par l'autre dans leurs controverses; et l'homœopathie a grandi à mesure qu'on l'attaquait davantage. Comparez le ton de sa controverse à celui qu'employèrent contre elle ses adversaires, et dites de quel côté on a rencontré le respect pour les personnes, la justice pour les services rendus, la discussion consciencieuse des objections proposées et le respect de sa propre dignité; messieurs, j'en appelle à vos souvenirs.

« L'homœopathie, forte des principes sur lesquelles elle repose, des épreuves qu'elle a glorieusement soutenues, de la probité scientifique dont elle a fait preuve, a le droit de s'honorer de son maître.

« Buvez donc avec moi : *à la mémoire* de Samuel Hahnemann.

« Répétez aussi avec moi le vœu que j'exprimais en commençant et par lequel je termine :

« Plaise à Dieu que la France, à bon droit si fière de marcher à la tête de la civilisation, comprenne que le moment est venu de doter l'homœopathie d'institutions cliniques ! »

M. le docteur Milcent :

« *A l'opinion publique*, protectrice de l'homœopathie !

« A l'opinion publique, messieurs, qui nous a soutenus et nous soutient avec une infatigable persévérance !

« A l'opinion de toutes les classes, qui, malgré l'anathème des Facultés et des Académies, ne s'est pas alarmée, ne nous a pas fait défaut, a été reconnaissante, a été fidèle, et n'a pas souffert qu'on nous empêchât de vivre et de grandir !

« A cette opinion définitivement conquise aujourd'hui et devant laquelle toute opposition prétendue scientifique est désormais réduite à l'impuissance !

« Nous devons beaucoup, messieurs, à l'opinion : c'est elle qui, trompée d'abord, a réparé noblement ses torts; c'est elle qui a fini par faire élever une statue à Hahnemann. C'est elle qui a fondé, comme on vous le disait tout à l'heure, des hôpitaux et des cliniques en Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Amérique; qui faisait offrir à Pétroz de quoi fonder un hôpital à Paris; — qui accompagnait de ses sympathiques encouragements ces médecins expulsés de leurs services hospitaliers pour avoir sacrifié leur intérêt à leur devoir, c'est-à-dire au bien de leurs malades; qui soutenait Tessier, mourant à la peine sous le poids de son œuvre et d'implacables inimitiés; Tessier, cette grande conquête de l'homœopathie, dont je n'aurai pas ici prononcé le nom sans douleur et sans vous rappeler le vide immense que sa mort a laissé parmi nous ?

« N'oublions donc pas, messieurs, ce que nous devons à l'opinion publique. C'est elle qui introduisait nos maîtres et nos confrères dans le palais de tant de souverains; qui obtenait quelques distinctions, trop rares, il est vrai, aux disciples de Hahnemann, mais dont je constate avec joie des traces toutes fraîches à la boutonnière de plusieurs de nos chers convives. C'est l'opinion publique qui, déjà depuis longtemps en Espagne, n'a pas marchandé les dignités et les honneurs à notre illustre confrère, le Dr Nunez, de Madrid; c'est elle enfin qui, dans ce noble pays, faisait naguère décréter l'établissement officiel de cliniques homœopathiques. J'ai dit : *décréter*, messieurs, et je ne sais si je dois dire plus; mais c'est déjà beaucoup et je voudrais bien que nous en fussions là dans notre pays.

« C'est encore à l'opinion publique que nous devons tant de sympathies dans les familles, dans la magistrature, dans l'armée, dans l'Église, dans le peuple qui signe nos pétitions, dans les grands corps de l'État qui les accueillent et qui ne les laissent *dormir* quelque temps, sans doute, que pour leur procurer un plus éclatant réveil; de sorte qu'il m'est impossible, messieurs, de ne me point rappeler les paroles qu'adressait un grand chrétien au paganisme mourant, et dont voici le sens : Prenez garde, car nous ou nos partisans, nous sommes partout au milieu de vous, nous remplissons la cité, la place publique, le sénat. Prenez garde, disons-nous aussi à nos adversaires, aux partisans d'une médecine à laquelle je ne puis donner le nom de *traditionnelle*, parce qu'elle l'a renié; ni celui de *progressive*, parce qu'elle est rétrograde; prenez garde, l'opinion publique est avec nous, elle s'est étonnée d'abord, elle s'est ensuite indignée de vos plagiats, de vos coalitions, de vos dénis de justice, de vos proscriptions. Parmi les meilleurs d'entre vous, il en est qui ont quitté, il en est qui quittent tous les jours vos rangs; vos chaires officielles ne les retiennent pas tous; j'en vois un ici-même, à cette table, et, comme un de ses vieux camarades, je lui en fais mon cordial compliment. Prenez donc garde : il ne suffit pas de fermer vos oreilles, fermez bien vos portes, ou plutôt, ouvrez-les largement, généreusement, si vous ne voulez que l'opinion publique finisse par les ouvrir elle-même.

« Buvons donc, messieurs, à l'opinion publique; — non pas à cette popularité éphémère et mobile qui adore ce qu'elle a brûlé, ou brûle ce qu'elle a adoré la veille; — mais à cette opinion publique calme, sérieuse, réfléchie, qui finit par adopter tout légitime progrès, et qui a justifié le vieil adage : *Vox populi, vox Dei*; à cette force irrésistible en un mot, à cette inévitable réaction en faveur du droit longtemps mé-

connu, que je voulais saluer ici en votre nom, parce qu'elle est, messieurs, notre récompense, notre honneur et notre espoir. »

M. le Dr Léon Simon fils :

« Messieurs,

« J'ai l'honneur de porter un toast à M. Imbert-Gourbeyre, représentant de l'homœopathie au sein de l'enseignement officiel.

« Vous le voyez, ce n'est pas seulement au savant et à l'homme de bien que je vous demande de rendre hommage, c'est surtout au professeur, et cela pour cette raison, que notre confrère, dans la position qu'il occupe, donne un exemple d'indépendance et de loyauté scientifique bien rare en notre temps. Vous pourrez facilement vous en convaincre en jetant un coup d'œil sur la situation prise vis-à-vis de l'homœopathie par ceux qui sont chargés de l'enseignement; car ils se divisent en deux classes : ceux auxquels le nom seul de cette doctrine est connu, et ceux auxquels elle est plus familière, mais qui essayent de la dissimuler dans les plis de leur toge, afin d'en rejeter ensuite dans le monde médical quelques lambeaux, dont ils font autant de découvertes personnelles.

« M. Imbert-Gourbeyre a compris autrement le rôle qui lui était échu. Chargé d'une chaire officielle, convaincu de la vérité des renseignements de Hahnemann, il n'a point dissimulé ses préférences; il a fait plus, car il a prêté l'appui de son influence et de sa parole à cette doctrine si généralement dédaignée.

« Notre confrère, au reste, avait été précédé dans cette voie; car il y a ceci de remarquable, que l'homœopathie, si vigoureusement poursuivie par le monde médical officiel, y a toujours compté quelques représentants : Autrefois, Henderson à l'Université d'Édimbourg; en Espagne, Hysern, Félix, Jannr, Celerador, tous professeurs de la Faculté; Castroverde à la Havane; Zlatarovich à l'Université Joséphine de Vienne. En France, nous trouvons, dès le début, l'homœopathie représentée par Risueno d'Amador, professeur à la Faculté de Montpellier; plus tard, lorsque par la mort de ce médecin illustre, il lui faut abandonner l'enseignement officiel, elle passe dans la pratique hospitalière dans la personne de Tessier; enfin, lorsque celui-ci succombe à la tâche, deux hommes viennent, en quelque sorte, recueillir son héritage; M. Liagre applique l'homœopathie à l'hôpital de Roubaix, et M. Imbert-Gourbeyre lui donne une place dans l'enseignement dont il est chargé à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

« Il ne m'appartient pas sans doute, messieurs, de vous dire ce qu'il faut d'abnégation ou de courage pour adopter une semblable position ;

au moins puis-je vous rappeler les obstacles que d'Amador rencontra sur son chemin, les luttes que Tessier dut soutenir.

« Le premier se voit interdire par le ministre de prononcer, dans sa chaire, le nom de l'homœopathie, et, pendant qu'Orfila obtenait cette défense, M. Trousseau, oubliant que d'Amador avait été son condisciple, et même son compétiteur heureux dans plus d'une lutte académique, ne craignait pas d'attaquer son collègue jusque dans son honneur, son savoir et sa probité, et cela dans la circonstance la plus solennelle pour un professeur, le discours de rentrée de la Faculté.

« Ce que Tessier eut à souffrir, vous le savez tous, et, comme moi, vous avez gémi, en voyant les médecins des hôpitaux poursuivre leur collègue jusqu'au delà de la tombe, se refuser à rendre le moindre hommage à sa mémoire, s'abstenir, tandis que l'élite de la société parisienne se pressait à ses obsèques. Vous le rappellerai-je, un seul médecin des hôpitaux était venu se joindre à ce triste cortége, et, de la part de ce confrère, il y avait dans cette démarche un acte vraiment courageux.

« Rien n'est donc plus dangereux pour un homme d'un caractère officiel que d'avouer des opinions favorables à l'homœopathie. Et ici la position n'est pas différente en France et à l'étranger; partout nous trouvons les mêmes obstacles, les mêmes luttes et aussi le même courage.

« Étendez donc l'expression de votre gratitude à tous les confrères dont je rappelais tout à l'heure les noms; le professeur de Clermont vous le permettra. Mais, comme la sympathie que nous trouvons dans notre patrie même est le plus sôlide appui pour la défense de la cause que nous médecins homœopathes français avons embrassée, résumons l'expression de notre reconnaissance dans le toast que je porte :

« A M. Imbert-Gourbeyre, représentant de l'homœopathie au sein de l'enseignement officiel! »

M. Imbert-Gourbeyre :

« Je vous remercie, messieurs, de ce toast porté à ma santé, et des paroles bienveillentes et réellement trop flatteuses que je viens d'entendre. J'en renvoie tout l'honneur à la cause commune que nous défendons tous. Laissez-moi vous dire en même temps combien je suis heureux de me trouver aujourd'hui au milieu de vous.

« Depuis longtemps j'avais le désir de venir m'asseoir à votre banquet annuel et de faire acte de présence dans vos rangs, pour sceller mieux encore mon union doctrinale avec vous.

« Toutefois, je n'ai pas attendu ce jour pour faire mon *pronuncia-*

mento : il y a longtemps que j'ai fait ma profession de foi en pleine presse allopathique.

« Je suis arrivé lentement à vous, après des études approfondies, ne consultant que les livres et les faits, et j'ai fini par admettre la réforme homœopathiqne, parce que j'aime la science et la liberté.

« Si j'ai pris souvent la parole en faveur de la doctrine de Hahnemann, c'était non-seulement pour mettre en relief les vérités immenses qu'elle apporte, et qu'on voudrait étouffer, c'était surtout pour défendre la liberté scientifique indignement foulée aux pieds sur ce point.

« Tôt ou tard, messieurs, j'en suis profondément convaincu, nous arriverons au triomphe par la simple raison que nous n'avons d'autres obstacles à vaincre que l'ignorance et la persécution; et c'est pourquoi, permettez-moi en terminant de porter un toast :

« *A la science et à la liberté !* »

M. le Dr DU PLANTY, membre du conseil général de la Loire-Inférieure :

« *Ego sum doctor, sed non doctus !* Je ne suis pas un savant ! messieurs, je suis un paysan. Caché au fond de la Bretagne, j'ai voulu surtout étudier la terre, la considérant comme un être capable d'être atteint des maladies qu'elle produit, et pouvant souffrir elle-même des mêmes souffrances. J'ai donc pensé à soigner la terre, en suivant le principe de l'homœopathie ; j'ai cherché par l'analyse de la terre malade, si, en ajoutant une action médicamenteuse à celle de certains engrais, on pourrait arriver à la guérir. Rédacteur du journal *le Progrès agricole*, j'ai entrepris d'y exposer mes convictions, et d'y montrer comment la loi générale de la thérapeutique pourrait être appliquée au traitement de la terre, que je considère, passez-moi l'expression, comme une nourrice malade, dont nous sommes à tout âge les nourrissons.

« Peut-être pensez-vous que je m'abuse; peut-être penserez-vous aussi qu'il y a là au moins une hypothèse digne d'être encouragée, ce que je vous demande de faire en buvant avec moi, *à l'homœopathie rurale !* (1) »

(1) Nous nous rappelons que J.-P. Tessier, dans ses rapports médicaux avec un éminent personnage, lui avait exposé déjà l'idée d'appliquer aux engrais le principe des dilutions homœopathiques. A. M.

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

TABLE DU TOME XXI DE L'ART MÉDICAL

E. H.

FIN DE LA TABLE DU TOME VINGT ET UNIÈME

PARIS. — IMPRIMERIE DE A. PARENT, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31.

L'ART MÉDICAL

REDACTEURS :

MM. Bourgeois (de Tourcoing).
Champeaux.
Dufresne (de Genève).
Escallier.
Frédault.
Hermel.
Jorez (de Bruxelles).
Jousset.

MM. Labrunne.
Lecorney (d'Alençon).
Mailliot.
Milcent.
Ozanam.
Patin.
Ravel (de Cavaillon).
Violet.

Rédacteur en chef : M. J. Davasse.

Paris. — Imprimerie de A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

MEDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

Noscimus... lædi catholicam sententiam ac doctrinam de homine, qui corpore et animâ ita absolvatur, ut animâ eaque rationalis sit vera per se, atque immediata corporis forma. Pius PP. IX.

Onzième année

TOME XXII

PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19

LONDRES	MADRID	NEW-YORK
Hipp. Baillière	C. Bailly-Baillière	Baillière Brothers

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, 10, QUERSTRASSE

1865

L'ART MÉDICAL

JUILLET 1865

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 3e ARTICLE (1) —

Après avoir exposé combien la doctrine de la diathèse purulente a été méconnue dans ses principes, nous avons commencé à démontrer que l'histoire objective de la maladie n'a pas été moins dénaturée dans les déterminations de ses véritables phénomènes. Des trois catégories spécifiques qui la composent, la première — la diathèse purulente spontanée — passe le plus souvent inaperçue, soit qu'on la confonde avec le rhumatisme, une fièvre intermittente, un phlegmon, ou même une phlegmasie suppurative interne; soit enfin que l'observateur, non suffisamment prévenu de sa réalité nosologique, et ne sachant à quel type morbide essentiel rapporter la nature des symptômes soumis à son examen, accuse la bizarrerie des voies de la nature, soupçonne quelque profonde altération du sang et se paye d'hypothèses pour justifier son désarroi.

Il a été un temps, disions-nous en terminant, où la *profonde altération des liquides* ou la *grande intoxication du sang* était la formule réservée aux cas embarrassants. Nous nous rappelons avec quelle inaltérable sérénité Blandin surtout, cet esprit espiègle et léger, toujours voltigeant parmi les considérations ingénieuses, l'ap-

(1) Voir *l'Art médical*, mai et juin 1865.

pliquait volontiers aux cas de la diathèse purulente spontanée. C'était l'explication obligée et solennelle qui servait de réponse à tout. Nous voudrions bien croire que cette petite boîte à surprises, qui a fait les délices de notre génération médicale dans son jeune âge, amuse un peu moins de nos jours nos observateurs plus rassis. Toutefois il ne faut jurer de rien.

Il y a une confusion plus motivée, sur laquelle il nous suffit d'appeler, en passant, l'attention; c'est celle de l'affection *farcino-morveuse* communiquée par les solipèdes à l'homme. S'il est généralement assez facile de distinguer de cette dernière la diathèse purulente spontanée — par l'absence, avant l'invasion, de toute communication des malades avec des chevaux affectés; par l'absence de coryza purulent et de toute ulcération des fosses nasales comme dans la morve; par sa marche aiguë, l'éruption pustuleuse spéciale et l'inflammation des ganglions et des vaisseaux lymphatiques, comme dans le farcin chronique — convenons aussi, avec le Dr Mathieu, que, « en l'absence de renseignements sur les antécédents, il serait impossible de la distinguer du farcin *aigu* d'une manière convaincante pour les médecins éclairés. Il n'y a plus, comme signes distinctifs, que des nuances dans l'étendue des abcès; l'aspect du pus, moins liquide, plus granuleux dans le farcin que dans la diathèse purulente; le siége de la suppuration plus superficiel dans le farcin où les abcès sous-cutanés sont fréquents et les phlegmons diffus rares, ce qui est l'opposé de la diathèse purulente spontanée. Ces caractères sont-ils assez constants? Et fussent-ils constants, sont-ils assez tranchés pour servir de base à un diagnostic sûr? Je n'oserais point — continue l'auteur — répondre par l'affirmative. Il est, en effet, des questions que le temps seul éclaire,

attendu que le temps seul multiplie assez les faits pour qu'il soit possible d'en tirer de légitimes inductions. »

Ainsi ces lacunes, ces méprises, ces expédients témoignent assez haut combien les investigateurs les plus recommandables battaient les buissons à côté de la vérité, au moment où J.-P. Tessier entreprit d'en établir méthodiquement, pour le sujet qui nous occupe, la voie sûre et nouvelle. On sait avec quelle insistance le maître et ses élèves que nous avons nommés — les Drs Milcent, Dufresne, Mathieu, etc., etc. — ont démontré par les témoignages les plus irréfutables, par les faits les plus probants, l'existence de la diathèse purulente spontanée. Cependant, affligés d'une myopie incurable, beaucoup de chirurgiens ne savent pas mieux la voir : à ce point que M. le professeur Sédillot, dans son livre sur la *Pyoémie*, réfutant la doctrine de la diathèse purulente spontanée, a cru produire un argument irrésistible en soutenant que dans les grands hôpitaux, tels que ceux de Paris et de Lyon, on devrait parfois observer cette forme de la maladie et la faire connaître. C'est à cet argument que notre distingué confrère, le Dr Frestier (1), a péremptoirement et victorieusement répondu dans son excellente thèse inaugurale, en 1856, en rapportant de nouveaux faits qui restent, comme les précédents, sans réplique.

Depuis cette époque, et jusque dans les derniers temps de sa vie, J.-P. Tessier n'a-t-il pas lui-même poursuivi et épuisé cette démonstration directe par les faits et les témoignages? Ce n'est pas aux fidèles lecteurs de ce journal qu'il est utile de rappeler le travail inséré dans ce recueil (1858), ayant pour titre : *De l'existence de la Diathèse purulente spontanée*, et dans lequel, après avoir réuni les plus remarquables observations de cet aspect

(1) *Sur la fièvre purulente spontanée idiopathique.* Paris, 5 mai 1856.

de la maladie, sans lassitude et sans découragement, malgré les aveugles dénégations de ses adversaires, le maître ajoutait : « Notre insistance à présenter des exemples variés de diathèse purulente spontanée est facile à comprendre. Il faut que la maladie dont nous traçons l'histoire soit avant toute chose un fait incontestable, sinon incontesté. Or, le seul moyen d'établir la réalité d'un état morbide *sui generis*, quel qu'il soit, est d'en présenter des observations authentiques. Pour tous ceux qui croient à la méthode expérimentale, cet argument est sans réplique. Devant celui qui nie le mouvement, on marche : ainsi le veut la méthode scientifique. » Mais en même temps, connaissant de longue date l'horreur instinctive et méritée qu'inspirent aux organiciens l'existence et la réalité de cette catégorie de la maladie, tombeau de leur hypothèse, moins que tout autre il pouvait se dissimuler les difficultés qu'ils éprouvent, même au point de vue clinique, à la confesser et à la reconnaître.

Et de fait, la pratique de nos plus grands hôpitaux est remplie encore à ce moment de ces méprises dont les preuves abondent dans la plupart des recueils périodiques de médecine. Ce ne sont pas les documents qui manquent, c'est la lumière qui fait défaut à l'œil des observateurs. J'en pourrais multiplier les témoignages. Il me suffit, pour ne point abuser de la bienveillance du lecteur, d'en citer ici deux exemples que j'emprunte aux communications d'une société qui affecte un grand zèle scientifique et tient ses travaux, non sans quelque raison d'ailleurs, en non médiocre estime : il s'agit de a jeune et déjà célèbre Société de Biologie. J'ouvre ses comptes-rendus récents (1).

Le premier de ces faits, recueilli à la Salpêtrière, dans

(1) Ja vier et avril 1864.

le service de M. Charcot, est désigné par M. V. Cornil sous le titre suivant :

Suppuration des voies biliaires; fièvre intermittente symptomatique.

D....., âgée de 83 ans, admise à la Salpêtrière le 14 septembre 1854, entre à l'infirmerie le 21 octobre 1863, dans le service de M. Charcot.

Le 20 octobre, elle avait éprouvé pendant la nuit un frisson suivi de chaleur et de sueur. Des accès fébriles tout à fait semblables la reprennent, le 23, à deux heures du soir, et le 24, à onze heures du matin.

Le 25, elle a été prise d'un frisson violent avec tremblements, qui a duré depuis six heures du matin jusqu'à neuf heures. Pendant ces trois heures, elle était cyanosée et poussait des cris causés par une douleur qu'elle rapportait à la région du flanc gauche. A la visite du matin, le facies de la malade est très-altéré, la peau est chaude, la température centrale est de 40°, le pouls est fréquent, la langue blanchâtre, la bouche amère, la soif vive. L'auscultation de la poitrine est négative, à l'exception d'un bruit de souffle doux au premier temps du cœur, qui paraît être endocardiaque. Pendant son accès fébrile, elle laisse involontairement échapper ses urines.

Le soir, la température centrale est de 40°; la malade se plaint toujours de la région splénique. A la percussion, la rate paraît volumineuse et donne environ 12 centimètres de matité dans son plus grand diamètre.

On prescrit 80 centigrammes de sulfate de quinine.

Le 26. Nouveau frisson ce matin, à cinq heures, suivi presque immédiatement de châleur brûlante. La température de la peau est très-élevée au moment de la visite; la température centrale est de 39° 1/5; le pouls est à 96 pulsations. La douleur est à la fois aujourd'hui au flanc gauche et à l'hypochondre droit. On la provoque très-vivement par la pression au niveau des fausses côtes droites.

On prescrit 1 gramme de sulfate de quinine.

Le 27. La malade a été abattue hier pendant toute la journée. Elle n'a pas eu de frisson. Ce matin, la face est très-altérée, la peau possède une teinte jaunâtre plombée. Le pouls est à 80 pulsations. La température centrale est abaissée à 37° 2/5; la douleur de la malade est la même aux régions splénique et hépatique.

Les urines sont très-chargées et laissent déposer un sédiment rouge. Pas d'albumine.

On continue le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme.

Le 28. Dans la journée d'hier, la malade a éprouvé deux frissons, l'un à midi, l'autre dans la soirée. Enfin, elle a été prise par un frisson ce matin, à huit heures. Elle se plaint de douleurs en ceinture allant d'une région hypochondriaque à l'autre. Langue sèche. Amertume de la bouche.

On prescrit 1 gr. 50 de sulfate de quinine.

Le 29. Elle n'a eu de frissons ni dans la journée d'hier ni ce matin. La douleur, son siége aux hypochondres, dans les reins, l'amertume de la bouche, sont les mêmes. La face est jaunâtre, grippée. La peau est brûlante, la température centrale est de 39° 4/5. L'auscultation ne fait rien entendre ni au poumon, ni au cœur. La malade a rendu une selle bilieuse. Les urines ne sont pas albumineuses et ne contiennent pas de matière colorante biliaire.

Le soir, à sept heures et demie, frisson peu prolongé. La température centrale, prise quelques minutes après le début du frisson, donne 40° 3/5. Pendant toute la nuit, elle a ressenti une chaleur brûlante dans tout le corps.

Le 30. 100 pulsations. Température centrale à 38° 1/5. La face est grippée, les mains violacées. La douleur des hypochondres a cessé complétement. On peut presser sur ces régions sans provoquer de douleurs.

Continuer le sulfate de quinine, 1 gr. 50.

Mort le 31, à une heure du matin.

Autopsie faite le 1er novembre. Le péricarde offre, sur la face antérieure du cœur, une petite plaque laiteuse. Le cœur contient du sang noir, sans caillots fibrineux; son volume est normal; l'aorte est suffisante. Les orifices auriculo-ventriculaires sont sains. La surface interne de l'aorte est remarquablement saine dans toute son étendue.

La plèvre droite renferme quelques cuillerées d'un liquide purulent dans lequel nagent de fausses membranes fibrineuses non adhérentes et molles.

Le larynx et la trachée sont normaux.

Le poumon droit présente, à la surface du lobe inférieur, des pseudomembranes infiltrées de pus, molles et peu épaisses. La partie postérieure du lobe inférieur est dure, résistante; on voit sur sa surface une plaque rouge lie de vin. Sur une coupe, la plaque précédente correspond à un noyau de la grosseur d'une noix, qui est dur et planiforme sur la surface de section. *Sa couleur est grisâtre, sans granulations, et l'on en fait suinter du pus par la pression* (1). Ce noyau est entouré par

(1) Ces passages et les suivants sont soulignés par l'auteur, M. Cornil.

un tissu vivement congestionné. Une petite artère pulmonaire de la grosseur d'une plume de corbeau, qui se rend à cette portion du poumon, est remplie par un caillot fibrineux adhérent. Ce caillot se termine brusquement à la limite externe du noyau de pneumonie purulente, et le reste du calibre de l'artère pulmonaire, en remontant dans ses branches plus volumineuses, est complétement libre. Le reste du lobe inférieur offre sur la surface de coupe de petits points rouges ecchymotiques. Les lobes supérieur et moyen sont congestionnés, ainsi que le poumon gauche.

Le foie est volumineux, mou; les lobules hépatiques sont assez gros, rouges à leur centre, gris à leur périphérie. La vésicule biliaire est petite, ne contient pas de calculs volumineux, mais seulement une assez grande quantité de gravier rouge biliaire. Les conduits biliaires sont presque tous remplis par de petits graviers dont les plus gros ont la grosseur d'un petit pois, qui sont durs, rugueux, rouges, et de sable fin de même nature; ils sont composés de pigment et n'oblitèrent en aucun point les voies biliaires dans lesquelles ils sont libres. Tous ces canaux sont dilatés. En pratiquant une coupe à la face inférieure du foie, on tombe *dans un abcès purulent*. Le liquide qui s'échappe est épais, comme gélatineux ou caséeux, blanchâtre; il est moins fluide, moins jaune que le pus ordinaire; il ressemble un peu à de l'amidon cuit. La poche qui renferme ce pus est anfractueuse et paraît lobulée à première vue; en l'ouvrant entièrement, on voit qu'au lieu d'une cavité unique, on a affaire à plusieurs canaux ramifiés qui se continuent directement avec les canaux biliaires voisins et viennent se rendre dans l'une des deux branches principales du conduit hépatique. Les parois en sont formées par une membrane mince à fibres circulaires avec de petites glandes. *Ce sont des canaux biliaires dilatés, de la grosseur du petit doigt, et pleins d'un liquide purulent*. Dans le liquide de cet abcès on ne trouve pas de calculs biliaires. Les éléments anatomiques de ce pus sont des leucocytes à plusieurs noyaux mesurant de 0,009 à 0,014, et des cellules en fuseau et cylindriques.

Le tronc et les branches de la veine porte sont libres. La rate est volumineuse, molle, diffluente; elle mesure 13 centimètres en longueur.

Les reins ne sont pas altérés. Vessie normale. Le canal digestif, ouvert dans toute son étendue, ne présente aucune lésion.

L'utérus est petit; le vagin contient un liquide purulent, et sa muqueuse est tapissée par une couche pseudo-membraneuse mince et molle, sous laquelle elle est injectée.

Pas d'eschares. Aucune solution de continuité de la peau.

Les muscles psoas, iliaque et cervicaux sont sains; les côtes sont friables.

Les veines des membres ne renferment pas de caillots.

Ainsi, voilà une prétendue fièvre intermittente *symptomatique* — chimère que l'on peut comparer à celle d'une fièvre typhoïde ou d'une fièvre scarlatine également symptomatiques. — Sans doute on la désigne ainsi parce que l'on a observé des accès violents et répétés pendant son cours. Mais ces accès, fort irréguliers soit dans leurs éléments soit dans leur rhythme, ne sauraient être identifiés à ceux de la véritable fièvre intermittente. Ils n'offrent pas, à leur déclin, de caractères critiques; ils ne sont pas séparés par des intermissions ou même des rémissions franches; ils ne se reproduisent pas suivant un type intermittent défini et uniforme; dans leur intervalle, les douleurs et le mouvement fébrile continuent; et la faiblesse ainsi que l'altération des traits — ces signes diagnostiques d'une valeur si grande — ne diminuent pas. On voit d'ailleurs l'inefficacité absolue du sulfate de quinine. En moins de deux septénaires, le mal parcourt toutes ses périodes pour arriver à un dénouement fatal. Et l'on trouve, à l'autopsie, du pus à la face inférieure du foie, dans le lobe inférieur du poumon droit et dans la cavité pleurale correspondante; et, tout cela, pendant que les conduits vasculaires adjacents n'en contiennent point. Ces lésions parlent assez clair. Elles repoussent, non moins catégoriquement que les symptômes, l'idée d'une fièvre intermittente : fièvre intermittente de pure fantaisie contre laquelle protestent à l'envi tous les témoignages sérieux de la seméiotique et de l'anatomie pathologique comme toutes les règles fondamentales de la nosologie.

C'est par une erreur semblable, sans excuse aujourd'hui, que nous verrions se perpétuer l'ancienne confu-

sion pyrétologique d'après laquelle les auteurs rangeaient dans la fièvre intermittente tout mouvement fébrile présentant le type rémittent plus ou moins caractérisé, depuis la fièvre des suppurations aiguës jusqu'à celle des lésions hectiques; et l'on peut dire que, sous ce rapport, l'intervention de la diathèse purulente complète la réforme brillante entreprise et en grande partie obtenue par le génie de Broussais.

Je passe au second fait. Il a été observé à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, et rapporté par M. le Dr Peter sous un titre moins trompeur, mais encore insuffisant :

Phlébite spontanée de la veine fémorale chez un jeune sujet.

Un jeune homme de 16 ans entre, le 26 mars 1864, à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Trousseau. Il a une fièvre vive, un *aspect typhoïde*. Il raconte que sa maladie a débuté quatre jours avant son entrée à l'hôpital par une vive douleur dans l'aine droite, et il croit que cette douleur est due à ce qu'il avait beaucoup scié de bois, la veille.

Quoi qu'il en soit, le pied droit est rouge et tuméfié, le mollet et la cuisse sont également tuméfiés; il y a de plus une douleur intense dans toute la partie interne de la cuisse et dans la région inguinale correspondante. Cette douleur augmente par la pression , et l'on sent profondément, sur le trajet des vaisseaux fémoraux , un cordon dur et cylindroïde au milieu d'un empâtement périphérique. On diagnostique une phlébite.

Violente impulsion du cœur, sans bruit de souffle à la pointe. Soif ardente, fièvre intense; albuminurie très-légère, loquacité pendant le jour, délire tranquille la nuit.

Le 29, huitième jour de la maladie, vomissements et délire dans la journée. Mort à six heures du soir.

A *l'autopsie*, on trouve que la veine *fémorale* est oblitérée dans toute son étendue, c'est-à-dire de l'arcade fémorale jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. La veine poplitée est également oblitérée jusqu'au tiers inférieur de la jambe exclusivement. La veine iliaque externe, la veine iliaque primitive et la veine cave sont complétement perméables.

A l'intérieur de la veine fémorale, on constate que les parois du vais-

seau ont plus que quintuplé d'épaisseur, l'ouverture restant béante comme le ferait l'incision d'une artère. Cette altération des parois commence au point de jonction de la fémorale avec la saphène interne, et se prolonge vers le pli de l'aine. Malgré cette altération des parois, la tunique interne a conservé sa blancheur et son poli habituel.

Dans toute l'étendue où existe l'épaississement des parois vasculaires, se trouve un caillot grisâtre, formé de couches concentriques, dont les plus externes sont les plus cohérentes, et dont la couche tout à fait extérieure adhère intimement à la tunique interne, de sorte qu'il faut un certain effort de traction pour l'en détacher; on peut même soulever tout le vaisseau en tirant sur le caillot. La partie centrale de celui-ci est formée de couches mal agrégées, comme pultacées, à demi liquides, et qui s'écrasent à la moindre pression. Cependant il n'y a pas là de collection liquide et jaunâtre, semblable à du pus, et qui en pareille occurrence est formée par de la fibrine à l'état liquide.

Au niveau de ce caillot, la veine fémorale présente une dilatation ampullaire telle que son calibre est plus considérable que celui de la veine cave inférieure.

Ce caillot se termine en haut par un prolongement fibrineux, caudiforme, de 1 centimètre environ de longueur; en bas, au contraire, on n'observe plus qu'un caillot rouge noirâtre, de formation évidemment très-récente.

Le caillot de la veine poplitée est également un caillot cruorique, et à son niveau, comme dans les points de la veine fémorale où le caillot a cet aspect, les parois vasculaires n'ont pas augmenté d'épaisseur.

Sur un point de la tunique interne de la veine fémorale, là où elle a augmenté d'épaisseur et près du confluent de la veine saphène interne, se voit une tache très-blanche, de 2 millimètres de diamètre, très-régulièrement circulaire, faisant à peine saillie au-dessus de la tunique interne. Dans le voisinage, on découvre une dizaine de petits points semblables, du volume d'une tête d'épingle. Cette tache est formée par un dépôt interstitiel d'un peu plus de 1 millimètre d'épaisseur, constitué, ainsi que le prouve le microscope, par une matière granuleuse amorphe, et de nombreux noyaux, c'est-à-dire par une substance qui n'est autre que la matière des exsudats phlegmasiques.

La veine fémorale, au niveau des points où elle est ainsi altérée, est intimement adhérente au tissu cellulaire ambiant, et sa tunique externe est très-dépolie.

Il n'y a pas de caillots dans l'*artère pulmonaire*, examinée dans toutes ses divisions.

Les *poumons* sont absolument intacts.

Il n'y a rien au *cœur*.

Hyperémie notable du *cerveau* à sa surface et surtout à sa base; il y a un peu de piqueté cérébral. Nulle part il n'y a de trace de phlegmasie méningée. Il n'y d'épanchement ni dans la cavité de l'arachnoïde ni dans les ventricules.

Les *plaques de Peyer* sont saines.

La membrane muqueuse de l'estomac présente quelques érosions longitudinales, probablement cadavériques, car il n'y a pas d'injection à l'entour.

On n'a malheureusement pas examiné les reins.

En résumé, il y a ici tous les caractères d'une coagulation faite sur place dans la veine fémorale, et toutes les altérations anatomiques de la phlébite; épaississement des parois vasculaires et dépôt fibrineux interstitiel.

La cause de l'affection est obscure, et la marche en a été rapidement funeste, sans qu'il soit possible de comprendre la cause prochaine de la mort, sinon par une adultération hypothétique du sang.

Dans l'observation que l'on vient de lire, quoique les symptômes généraux soient très-écourtés et même trop incomplétement exposés, il n'est point difficile, d'après leur évolution générale et l'*aspect* dit *typhoïde* (qu'il serait plus exact de nommer *purulent*) du malade, enfin d'après les résultats de l'autopsie, de reconnaître encore ici l'existence d'une diathèse purulente aiguë et spontanée.

Il est d'ailleurs assez curieux de voir l'embarras et les perplexités de l'auteur : « En résumé — dit-il — il y a ici tous les caractères d'une coagulation faite sur place dans la veine fémorale et toutes les altérations anatomiques de la phlébite : épaississement des parois vasculaires et dépôt fibrineux interstitiel. » Mais, ajoute-t-il aussitôt, « la cause de l'affection est obscure et la marche en a été rapidement funeste, sans qu'il soit possible de comprendre la cause prochaine de la mort, sinon par une adultération hypothétique du sang. » Adultération

singulièrement hypothétique, en effet, car où donc, je vous prie, le fait adultérateur, le mécanisme de cette adultération? La veine fémorale, siége des accidents, se trouve « oblitérée dans toute son étendue » par un caillot « dont la couche la plus extérieure adhère intimement à la tunique interne : de sorte qu'il faut un certain effort de traction pour l'en détacher; on peut même soulever le vaisseau en tirant sur le caillot. » Certes, dans ce fait, l'occlusion du vaisseau veineux n'est pas équivoque; elle ne prête guère à discussion. L'emprisonnement des couches centrales du caillot cruorique, pultacées et à demi liquides, est bien complet. M. Peter n'avoue même pas que ces couches centrales molles et désagrégées soient du pus : « Il n'y a pas là — dit-il — de collection liquide et jaunâtre, semblable à du pus, et qui, en pareille occurrence, est formé par de la fibrine à l'état liquide..... »

Ainsi voilà qui est bien entendu : il n'y a pas, à proprement parler, de pus encore élaboré dans la veine affectée, ou, tout ou moins, les éléments de ce pus ou de ce liquide pyoïde, comme on voudra l'appeler, sont parfaitement séquestrés au centre du caillot obturateur intimement adhérent lui-même aux parois du vaisseau, c'est-à-dire qu'il n'y a pas encore de *poison* formé, et que ce poison, d'ailleurs, tenu en échec, n'a pu, au moins jusque-là, s'échapper et passer outre pour contaminer le sang... Après un pareil aveu comment comprendre, comment faire intervenir l'infection? Et si la phlébite prétendue *infectieuse* a seule le privilége de provoquer les accidents généraux et mortels, comment ici, en son absence, dans ce cas de phlébite si énergiquement *adhésive*, le malade a-t-il succombé? Tout cela est mystère et contradiction au point de vue de l'hypothèse de l'infection putride ou purulente, malgré l'in-

justifiable prétention de ces systèmes à vouloir tout expliquer; et l'on comprend très-bien que leurs partisans passent devant tels faits en détournant un peu la tête, sans vouloir les reconnaître, sans pouvoir en trouver la clef.

Autrement hospitalière à ces manifestations du mode spontané est l'essentialité de la diathèse purulente. Elles y trouvent leur place naturelle et leur justification légitime. Au lieu d'opposer arbitrairement une fin de non recevoir systématique aux cas dans lesquels la suppuration, terme ordinaire de la maladie, est devancée exceptionnellement par la mort, la doctrine de la diathèse purulente éclaire et sanctionne ces faits, non pas seulement par ses principes, mais encore par le témoignage de l'observation, par les lois de l'analogie. Comme toute diathèse, l'état morbide qui nous occupe a pour caractère *essentiel*, non l'altération déjà produite, mais la tendance à sa production et à sa multiplication; et, dans l'espèce, non la présence du pus, mais la disposition générale à la suppuration. Dans quelques variétés où la marche des accidents est très-aiguë, l'incubation purulente n'a pour ainsi dire point le temps d'arriver à sa fin. Et il n'y a rien là d'exceptionnel, ou seulement de spécial à la thèse en question. Ne voit-on pas chaque jour, à la suite des fièvres éruptives malignes, les malades succomber avant l'éruption cutanée? certaines fièvres typhoïdes ataxiques occasionner la mort avant l'évolution complète des lésions gangréneuses de l'intestin? Le blé en herbe, suivant une vulgaire et très-juste comparaison de J.-P. Tessier, n'est-il pas du blé comme le blé en épi?

Toutefois, ces circonstances particulières que nous avons fait assez ressortir ne sont pas, il faut insister

là-dessus, sans apporter à la pratique quelques obscurités. Les médecins savent du reste combien il est mal aisé de se prononcer sur le diagnostic d'une fièvre éruptive, alors que l'éruption est absente ou mal ébauchée. Sans faire défaut, les lésions de la diathèse purulente spontanée peuvent être tardives. Superficielles et d'abord légères en apparence, ces lésions détournent plutôt l'attention; profondes, elles passent souvent inaperçues. Enfin, dans cette catégorie insidieuse, l'absence de tout point de départ traumatique, auquel l'on a coutume de rapporter à tort, au moins dans tous les cas, la production des accidents, est un prétexte de plus pour en faire méconnaître la véritable nature.

Il y a donc de très-sérieux motifs pour que le mode spontané de la diathèse purulente reste souvent méconnu en raison, tant des préoccupations doctrinales qui en écartent les présomptions de notre pensée, que des difficultés pratiques qui en dissimulent plus ou moins la réalité à nos yeux. Mais, au fond, ces obscurités, lorsqu'elles ne sont pas seulement le résultat de nos préjugés, n'intéressent que le tact du praticien; elles ne suscitent qu'une question d'art, et ne présument rien relativement à la nature même de la maladie. Or, pour la reconnaître, il y a une double condition nécessaire : 1° savoir d'abord qu'elle existe; 2° ensuite se familiariser avec ses vrais caractères. Malheureusement il faut avouer que l'une et l'autre condition font généralement défaut. A plus forte raison lorsque l'on ignore les formes diverses sous lesquelles la diathèse purulente peut se manifester dans cette catégorie, comme dans toutes les autres, et qui, chacune d'elles, donnent à la maladie une allure en quelque sorte spéciale. Car, indépendamment de la forme *commune* avec ses caractères génériques habituels, il faut encore dis-

tinguer la forme *bénigne*, dont les lésions moins rapides et moins graves présentent un heureux contraste avec la marche et la terminaison ordinaires des accidents ; la forme *fixe* qui s'en distingue par le siége unique, fixe, des lésions, en conservant ailleurs tous les autres caractères de la maladie ; la forme *ataxique*, dans laquelle les accidents parcourent leurs évolutions avec une rapidité parfois foudroyante et une intensité terrible avant même que les lésions aient le temps de parvenir à leur maturité ; enfin l'état *purulent* proprement dit, le plus souvent apyrétique, et jouant parfois un rôle critique pendant les convalescences de certaines maladies (1). La réalité de la diathèse purulente spontanée s'affirme par les faits ; elle se corrobore par l'impossibilité de donner à ces faits toute autre coordination scientifique légitime.

La détermination de ses caractères s'établit méthodiquement sur les données de l'observation et non point d'après les préventions des hypothèses.

Or, nous le demandons, comment ne pas rester à cet égard dans l'aveuglement le plus absolu, si l'on ignore jusqu'à l'existence de la diathèse purulente dans son mode spontané ; si même l'on se méprend sur la réalité de ses caractères, à ce point de les chercher uniquement dans les conjectures évoquées par l'esprit de système ? Quel est l'observateur qui avisera jamais la diathèse purulente spontanée, si la faisant, *a priori*, consister dans une infection gratuitement supposée par le pus, il lui est complétement impossible d'apercevoir le moindre semblant d'infection, et, à l'origine, le moindre foyer de pus ?

Mais, si laissant là ces préoccupations qui ne font que le détourner de l'observation exacte de la nature,

(1) Consulter, pour les développements séméiologiques qui se rapportent à ces diverses formes, l'excellent travail de notre ami Dufresne dans *l'Art médical* (t. XVIII, 1863) : *Des formes de la diathèse purulente.*

le praticien veut se familiariser avec les symptômes réels de la maladie, qui ne sont autres que les caractères de la diathèse purulente dans toutes ses formes, — c'est-à-dire la tendance à la suppuration avec les phénomènes généraux de l'état purulent aigu, — il retirera le plus grand fruit de cette étude méthodique. Et quelles que soient les variétés par lesquelles le mal s'annonce et se développe : soit qu'il débute d'emblée comme toute autre maladie fébrile ou qu'il s'ajoute comme complication à un autre état morbide préexistant; soit que son invasion se dissimule avec une bénignité insidieuse ou s'accuse avec une véhémence extrême; soit que dans son cours plusieurs de ses traits viennent à manquer ou paraissent presque insensibles; soit enfin que l'appareil symptomatique prenne le masque d'une fièvre, d'un rhumatisme, d'une phlegmasie externe ou interne, le médecin pourra bien hésiter parfois, dans ces cas difficiles, à caractériser avec netteté la maladie d'après ses premiers linéaments; mais, encore une fois, versé dans la connaissance de ses caractères essentiels, aussitôt que par l'évolution des accidents, il aura vu leurs indices s'accentuer avec plus d'ensemble, il trouvera facilement dans cet ensemble même — dans cette modification de toute la personne du malade, dans l'altération de ses traits, dans la pâleur ou la couleur sale et terne de sa peau, dans l'anéantissement de sa voix, dans l'affaiblissement profond de ses forces, dans les frissons répétés suivis de sueurs froides, dans le frémissement du pouls, dans la conservation ordinaire de l'intelligence, enfin dans les thromboses qu'il pourra soupçonner, ou les foyers purulents qu'il pourra découvrir — les éléments décisifs d'un jugement assuré, au grand avantage des malades et à l'honneur de l'art.

JULES DAVASSE.

— La suite au prochain numéro. —

SÉMÉIOTIQUE ET NOSOLOGIE

DE L'ALIÉNATION ET DE LA FOLIE. — LEUR DISTINCTION ET LEUR CLASSIFICATION.

— SUITE (1) —

DEUXIÈME PARTIE

DE LA FOLIE ET DE SES FORMES

Nous avons démontré dans la première partie de ce mémoire que l'aliénation était un symptôme commun à plusieurs maladies; nous voulons établir maintenant que la folie est une maladie essentielle, c'est-à-dire une espèce morbide. Nous aurons ainsi complété notre démonstration et justifié la distinction radicale que nous avons établie entre l'aliénation et la folie. Mais la confusion que nous cherchons à détruire est entrée si avant dans les esprits, elle est tellement passée dans le langage usuel de la spécialité, que nous craignons de n'être pas compris, quoique notre démonstration soit tout à fait complète au point de vue scientifique. En effet, si l'aliénation est un symptôme, si la folie est une maladie, il est évident que la folie et l'aliénation sont deux états morbides radicalement différents.

La confusion de la maladie et du symptôme est ici d'autant plus difficile à détruire, que l'aliénation constitue pendant certaines périodes de la folie le symptôme à peu près unique de la maladie, et que, pour les esprits habitués à juger superficiellement, aliénation et folie sont, dans ces cas, deux expressions qui désignent un état identique. Nous devons donc insister encore sur l'idée que nous voulons faire prévaloir, et nous

(1) Voir *l'Art médical*, mars et avril 1865.

emprunterons, pour être mieux compris, une comparaison tirée de l'histoire de la *Dartre*. M. Bazin a opéré, sous l'inspiration immédiate de nos doctrines, une réforme radicale dans cette partie de la nosographie si improprement appelée jusqu'à lui *maladies de la peau;* il a établi que les affections de la peau étaient des symptômes communs à la scrofule, à la syphilis, à l'arthrite et à la *dartre;* que l'*eczéma* et le *psoriasis*, par exemple, se retrouvent dans la scrofule, la syphilis, la goutte et la dartre. Que par conséquent ces affections de la peau n'étaient pas des maladies, mais des affections symptomatiques communes à plusieurs maladies.

Poursuivant sa réforme, M. Bazin a démontré ensuite que la *dartre* constituait une maladie essentielle caractérisée non-seulement par des affections de la peau, mais encore par des affections viscérales. La distinction de la *dartre-symptôme* et de la *dartre-maladie* a donc été ainsi définitivement établie. Déjà en 1845, dans un mémoire publié par les *Archives de médecine*, nous avions établi une distinction analogue et séparé l'*aliénation-symptôme* de l'*aliénation-maladie*. C'est cette séparation radicale que nous poursuivons aujourd'hui, et nous rappellerons encore une fois aux spécialistes qu'ils seront frappés d'incapacité en nosographie, comme ils sont dépourvus d'autorité en médecine légale, tant qu'ils persisteront dans cette confusion de la maladie et du symptôme.

La folie, avons-nous dit, est une maladie essentielle, c'est-à-dire un état pathologique, caractérisé par une évolution de symptômes toute spéciale, ayant une marche, une durée, une terminaison et des causes déterminées; constituant en un mot une unité morbide reconnue par les pathologistes de toutes les écoles et de tous les temps, unité morbide aussi distincte, aussi incontestable que la variole ou la pneumonie.

Cette unité, cette espèce morbide qui a reçu le nom de *folie* est susceptible de diagnostic, de pronostic et de traitement comme une maladie quelconque du cadre nosologique. C'est là le côté pratique de la question, celui vers lequel nous ne cesserons d'appeler tous les efforts. C'est sur ce terrain que la médecine pourra reconquérir son autorité légitime, autorité légitime de plus en plus compromise par les tendances de cette école prétendue psychologique, qui fait consister toute la *médecine mentale*, comme ils appellent cette partie de la nosographie qui s'occupe des vésanies, en dissertations philosophiques aussi creuses qu'elles sont fausses, et souvent aussi coupables qu'elles sont ineptes.

Mais, si la folie est distincte de l'aliénation, il est évident que la classification des différentes variétés de l'aliénation ne saurait servir de cadre aux diverses formes de la folie, et qu'il est absurde de conserver pour désigner les formes de la maladie, les expressions de manie, monomanie, lypémanie, qui servent à dénommer le symptôme. En voulez-vous un exemple : voici une jeune femme qui est prise d'aliénation maniaque avec agitation, loquacité, impulsion à frapper, à crier; paroxysme de fureur, insomnie. Si un spécialiste est appelé, il n'hésitera pas à diagnostiquer une *manie aiguë* (et nous citons cet exemple parce qu'il vient de se produire sous nos yeux) ; eh bien, est-ce que c'est là un diagnostic sérieux? Manie aiguë, c'est le nom d'un symptôme et non celui d'une maladie. La malade atteinte de manie aiguë peut être empoisonnée par la belladone ; elle peut être dans la période qui suit une attaque d'épilepsie, elle peut même être atteinte d'hystérie ; enfin elle peut être folle. Si elle est folle, elle peut être atteinte de la forme bénigne et guérir en six semaines. Elle peut être atteinte de la forme grave et mourir en huit jours ; enfin elle

peut encore être au début d'une paralysie générale, et devant tous ces problèmes de séméiotique, le spécialiste fait comme le vulgaire, il s'arrête au symptôme ; il ne sait pas le convertir en signe et remonter à la maladie. Pour caractériser des états aussi différents dans leur pronostic et leur traitement que l'épilepsie, l'hystérie, la forme grave ou la forme bénigne, la paralysie générale, il n'a qu'un mot : *manie aiguë*. Est-ce là le dernier terme de la science ?

Déjà, en 1845, nous avons fait voir tous les inconvénients de cette classification du symptôme appliquée à la maladie, et nous avons essayé de lui substituer une classification naturelle des *formes de la folie*. C'est cette même classification, modifiée toutefois par le travail et le temps, que nous reproduisons aujourd'hui.

Quoique notre tentative d'il y a vingt ans n'ait point été acceptée par les médecins spécialistes, nous devons constater cependant que, soit à cause de notre travail, soit à cause de la défectuosité intrinsèque de la classification de Pinel et d'Esquirol, la question a marché dans le sens que nous avons indiqué. C'est d'abord M. Morel qui, dans son *Traité des maladies mentales*, démontre, comme nous l'avions déjà fait, que la manie, la mélancolie, la monomanie, la stupidité et la démence, ne sont pas des formes véritables de la folie et qui propose une classification étiologique. C'est ensuite M. Falret fils, notre ancien condisciple, qui reprend, presque au même point de vue que nous, la question nosologique, mais qui échoue dans sa réforme, parce qu'il confond, lui aussi, l'aliénation et la folie (1). C'est enfin MM. Falret père et Baillarger qui se disputent la paternité de la *folie circulaire* ou de la

(1) *Du principe à suivre dans la classification des maladies mentales*, par le Dr J. Fabret.

folie à double forme, comme on voudra l'appeler (1). Cet essai de créations d'une forme de la folie en dehors de la classification de Pinel est un effort de favorable augure, et qui démontre clairement la tendance que nous signalions tout à l'heure vers des idées plus saines en nosologie, et un retour vers la doctrine de l'essentialité des maladies appliquées à la folie.

La folie présente à étudier quatre formes distinctes : la *forme bénigne*, la *forme commune*, la *forme maligne*, la *forme périodique*.

1° *Forme bénigne de la folie.*

La forme bénigne de la folie est caractérisée : 1° par sa marche continue; 2° par sa durée constamment courte, qui s'étend d'un septénaire à trois mois, et dépasse rarement une année; 3° par sa terminaison heureuse, souvent accompagnée de crises, diarrhée, abcès, hémorrhagies; 4° par des causes occasionnelles, presque toujours appréciables : émotion morale violente, insolation, excès alcoolique passager, état puerpérale; 5° l'aliénation qui domine dans cette forme est la manie, la lypémanie, la mélancolie poussée jusqu'à la stupidité ou l'alternence, la succession de la lypémanie et de la manie.

Nous remarquerons, avant d'aller plus loin, que c'est l'ensemble, le concours de la plupart de ces circonstances qui caractérisent la forme bénigne de la folie, et que, prises séparément, chacune d'elles a peu de valeur; ainsi la manie et la marche aiguë caractérisent la forme maligne, et l'état puerpéral est une condition favorable au développement de toutes les formes de la maladie.

La forme bénigne de la folie est très-fréquente, c'est

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIX.

elle qui, par sa guérison facile et spontanée, explique comment il se fait qu'Esquirol et la plupart des aliénistes affirment avoir guéri radicalement le tiers de leurs malades.

La forme bénigne de la folie présente à étudier quatre variétés fondées sur la différence de l'aliénation : variétés maniaques, lypémaniaques, à double forme, avec prédominence de la stupidité.

1re VARIÉTÉ. — *Forme bénigne maniaque.*

Prodrome. Ils ne sont pas constants, et la maladie peut débuter brusquement à la suite d'une émotion morale, d'un excès, d'une insolation.

L'insomnie, des impulsions inaccoutumées, une sorte d'étourdissement avec ou sans céphalalgie, constituent les prodromes les plus habituels de cette variété; puis la maladie éclate avec les apparences d'un accès de fureur.

Pendant la plus grande partie de sa durée, la maladie est caractérisée par le symptôme *manie.* Les malades, en proie aux hallucinations les plus variées, très-souvent effrayantes, sont dans une agitation continuelle, les idées délirantes se succèdent avec rapidité et souvent elles sont incohérentes. Ces malades ont de fréquents accès de fureur, pendant lesquels ils vocifèrent continuellement. L'insomnie est complète dans les premiers temps, l'appétit nul, et, quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, les malades maigrissent rapidement.

Après une durée de quelques jours, ou même de quelques semaines, les accès de fureur s'éloignent, le sommeil et l'appétit reviennent, les idées délirantes sont moins incohérentes, les hallucinations s'éflacent et le malade commence à reconnaître les personnes qui l'entourent; enfin les idées délirantes cessent complétement; le

malade, étonné, cherche à se rendre compte de ce qui s'est passé; il croit encore à la réalité des hallucinations et des idées délirantes qui l'ont agité; puis, la lumière se fait; il reconnaît qu'il a été malade, se rappelle exactement tout ce qui s'est passé; la guérison est alors assurée; d'autres fois, la guérison s'opère brusquement à la suite d'une crise. Les crises les plus habituelles sont des abcès, des diarrhées, des hémorrhagies.

2e VARIÉTÉ. — *Forme bénigne lypémaniaque.*

Les prodromes de cette variété sont caractérisés par de la tristesse, des pressentiments fâcheux, des terreurs sans motifs, un ennui profond, un dégoût de toutes choses; puis la maladie est caractérisée par la prédominence d'une idée triste, des hallucinations ne rapport avec cette idée, et très-souvent des impulsions au suicide.

Dans la période d'état, les malades opprimés par une tristesse profonde, pâles, amaigris, froids, passent les jours et les nuits torturés par un petit nombre d'idées tristes; idées d'empoisonnement, d'une condamnation à mort, de damnation éternelle, de supplice inimaginables. Immobiles, l'œil fixe, l'oreille attentive, ils subissent les hallucinations les plus terrifiantes; sans sommeil, avec un pouls petit et lent, une peau froide, ils deviennent gâteux, et le plus souvent il faut employer la contrainte pour les forcer de prendre quelques aliments.

Dans la période décroissante, les malades commencent à regarder autour d'eux. Le sommeil revient pendant quelques heures, et s'ils ne sont pas tourmentés par la crainte d'être empoisonnés, ils prennent volontiers un peu de nourriture. Les évacuations involontaires, ou plutôt inconscientes, ne se produisent plus.

Les idées délirantes et les hallucinations cessent peu à peu, et les malades reviennent à la santé comme dans la variété précédente, rapidement, à la suite d'une crise, ou plus lentement et peu à peu.

3e VARIÉTÉ. — *Forme bénigne à double forme.*

Chez quelques malades, on observe une succession assez régulière de la *lypémanie* et de la *manie;* cette succession a frappé les auteurs modernes qui ont voulu en faire une forme particulière de la folie. Mais nous retrouverons cette succession dans la forme périodique et dans la forme commune. Ce n'est donc point une forme, mais une variété. Dans la forme bénigne, cette variété est caractérisée par la succession régulière de la lypémanie et de la manie. Nous trouvons inutile de décrire de nouveau ces deux symptômes. Les faits que M. Baillarger range dans la première catégorie de la *folie à double forme*, et une partie de ceux de la dernière, sont tous des observations de forme bénigne de la folie. (*Bull. de l'Ac.*, t. XIX, p. 350.)

4e VARIÉTÉ. — *Stupidité.*

J'ai hésité longtemps pour savoir si je classerais la *stupidité* décrite par Georget, parmi les formes de la folie. Après avoir relu avec attention les observations qui me sont propres et celles renfermées dans la thèse de M. Etoc et dans le travail de M. Baillarger, je crois qu'on doit considérer, suivant l'avis de ce dernier médecin, la *stupidité* comme une variété du symptôme lypémanie et que, par conséquent, la stupidité ne peut servir, tout au plus, qu'à caractériser, soit une variété de la forme bénigne, soit une complication de la forme commune.

La variété de forme bénigne, caractérisée par la stu-

pidité, débute par la tristesse, cette tristesse est remplacée par la lypémanie qui atteint promptement un très-haut degré et détermine souvent des tentatives de suicide. Après quelques jours de cet état, les malades, de plus en plus absorbés par leurs pensées tristes, tombent dans une concentration intellectuelle si profonde, que le monde extérieur n'existe plus pour eux; immobiles, le plus souvent couchés, les yeux largement ouverts, sans expression, la figure hébétée, en proie à des hallucinations terrifiantes, dont l'impression ne se peint même plus sur leur physionomie; sans mouvement, sans parole, gâteux, ils offrent le tableau de la démence arrivée à son plus haut degré.

Au bout de quelques semaines, cet état diminue, ils répondent lentement et par monosyllabes aux questions qu'on leur adresse; puis, tantôt après une crise, tantôt sans crise, ils reviennent à leur état naturel; la figure reprend son expression, le malade parle, travaille, reprend ses relations avec ceux qui l'entourent. Il raconte alors, que pendant cette absence apparente de l'intelligence, il était en proie à des idées tristes plus ou moins actives, à des hallucinations en rapport avec ces idées, et le plus souvent à une insomnie complète.

La forme bénigne de la folie peut se reproduire plusieurs fois, mais à des intervalles irréguliers, pendant la vie des malades.

2° *Forme commune.*

La forme commune de la folie est caractérisée par le symptôme monomanie ou par le symptôme lypémanie; la manie n'apparaît, dans cette forme, que comme un symptôme accidentel, soit au début, soit dans le cours de la maladie. La marche est rémittente, la durée très-longue, l'incurabilité habituelle.

Cette forme n'est peut-être pas la plus fréquente, mais je l'appelle *commune*, parce qu'elle présente, dans son évolution, la plupart des symptômes observés dans les autres formes, et aussi parce qu'elle a servi de type à la description de la folie.

Les variétés de la forme commune se tirent de la marche de la maladie et de la prédominence du symptôme aliénation, qui est tantôt une *monomanie*, tantôt une *lypémanie*. Il y a trois variétés de la forme commune : la *monomaniaque*,, la *lypémaniaque* et la *variété circulaire* (de M. Falret), c'est-à-dire celle caractérisée par l'alternance à peu près régulière de la lypémanie et de la manie.

1re variété. — *Forme commune monomaniaque.*

Elle est habituellement précédée de prodromes fort longs. Ce sont habituellement des insomnies prolongées, des changements dans le caractère, des alternatives extraordinaires de surexcitation et d'affaissement. De temps à autre, les malades émettent des idées bizarres, ils ont quelque chose d'excentrique dans leurs allures, des impulsions inaccoutumées et déjà maladives, impulsions qui les conduisent, soit à des excès en dehors de leurs habitudes, soit même à des actes criminels, puis la maladie éclate, soit par une attaque de manie, soit par une série d'idées délirantes et des hallucinations qui s'y rapportent.

Il arrive fréquemment que cet ensemble de symptômes, après avoir duré quelques semaines, cesse complétement, et que les malades guéris, au moins en apparence, sont rendus à leur vie habituelle pendant un temps plus ou moins long, puis après deux, trois attaques semblables, la maladie ne présente plus de rémission complète et arrive ainsi à sa période d'état.

A ce moment, la maladie se caractérise par un petit nombre d'idées délirantes habilement systématisées, des hallucinations en rapport avec ces idées, et des impulsions expansives. Le malade est prophète, envoyé de Dieu, il a une mission à remplir, il voit et il entend les messagers de Dieu qui lui apportent ses instructions; actif, affairé, il parle ou il écrit continuellement pour accomplir sa mission; sa physionomie, ses allures, ses vêtements même, sont en rapport avec son idée délirante.

D'autres malades croient être roi, empereur, mais habituellement cette idée est encore plus particularisée. Ils sont Louis XVII, par exemple, ou Napoléon II. Alors ils parlent et ils agissent comme s'ils étaient réellement un personnage historique. J'ai vu à Bicêtre un Louis XVIII drapé dans ses haillons, à la démarche fière, à la parole hautaine, et chez lequel un profil bourbonnien avait certainement contribué à faire naître et à entretenir l'idée délirante.

Chez ces malades, les idées délirantes sont toujours systématisées, c'est-à-dire qu'ils ont des explications aussi rapprochées de la raison que possible pour justifier leurs idées folles, et que, leur point de départ une fois admis, ils ont dans leur conduite et leurs paroles une logique qui pourrait faire illusion.

Les projets d'évasion et de vengeance, les actes quelquefois violents et criminels qui se rattachent à leur rôle sont exécutés avec une énergie et avec une adresse qui font de ces malades les fous les plus dangereux. Les uns veulent baptiser l'humanité d'un baptême de sang, et ils assassinent; d'autres ont à se venger d'injures imaginaires, et sont conduits à des actes criminels. Heureusement que la plupart se bornent à réformer le genre humain ou à lui annoncer sa destinée future, ou en-

core à lui persuader d'accepter quelque invention merveilleuse.

A des époques variables, ces malades sont pris d'agitation et d'une véritable *manie*, pendant laquelle l'idée délirante principale se trouve mêlée à des idées délirantes très-diverses. Les hallucinations se multiplient à ce moment de la maladie, et souvent alors se manifestent des impulsions à la fureur.

Cette période peut durer des années entières avec des exacerbations et des rémissions irrégulières. Pendant la période de rémission, l'idée délirante perd beaucoup de son activité; les hallucinations deviennent de plus en plus rares; le malade peut, jusqu'à un certain point, maîtriser ses impulsions, et il reprend, au moins en apparence, les allures d'un homme raisonnable. On comprend toute l'importance de l'étude de cette période au point de vue de la médecine légale. Aussi nous y reviendrons tout à l'heure.

Si le malade doit guérir, ce qui est rare, la rémission se prononce de plus en plus; l'idée délirante cesse complétement, et le malade, rentré en possession de lui-même, se rend un compte exact de sa situation. Il se rappelle ses longues années de délire et reconnaît qu'il a été malade, et c'est là le meilleur signe de la guérison.

Mais le plus souvent la période de rémission que nous venons de décrire se prolonge indéfiniment, et le malade, désormais incurable, peut atteindre l'extrême vieillesse sans que sa maladie subisse de modifications notables. Les asiles contiennent tous un certain nombre de ces malades, désignés, d'après la classification en usage, sous le nom de monomanes. Pliés à la discipline de la maison, plus ou moins maîtres d'eux-mêmes, ils sont susceptibles d'un travail assez régulier, et on

voit les rois, les empereurs, les prophètes, les dieux même, se conduire comme de simples mortels. Seulement ils conservent dans leur for intérieur leur idée délirante; et si on veut discuter cette idée, on s'aperçoit bientôt, à l'opiniâtreté de la défense, qu'elle a conservé tout son empire. De temps à autre, surtout dans les premiers temps, cette dernière période présente encore quelques jours d'exacerbation, réminiscence de la période précédente, mais le calme se fait de plus en plus, et le malade reste définitivement dans l'état que nous venons de décrire.

On a dit et répété que la folie se terminait par la démence. Cette opinion a pris naissance à une époque où on confondait la paralysie générale avec la folie; mais aujourd'hui que cette distinction existe, on peut se convaincre que les fous atteints de la forme commune ne finissent pas par la démence, mais bien par l'état que nous venons de décrire. Que l'on relise les observations d'Esquirol, que l'on jette un coup d'œil sur la population des asiles, et l'on sera bientôt convaincu de la vérité que nous défendons.

Cela ne veut pas dire cependant que la folie soit une maladie préservative de la démence. Ainsi on rencontre des fous qui, arrivés à l'âge de la démence, voient cette maladie se développer soit sous sa forme commune, soit sous sa forme hémorrhagique; mais ici la démence survient non comme une conséquence fatale de la folie, mais comme une maladie essentielle qui succède à une autre, au même titre que la phthisie, par exemple, succède à la rougeole.

Nous voulons revenir un instant sur cette variété monomaniaque de la forme commune pour montrer quelles sont les difficultés que présente quelquefois son diagnostic, et par conséquent l'extrême importance de

cette étude au point de vue de la médecine légale.

La difficulté naît surtout du genre de l'idée délirante. Ainsi le vulgaire reconnaîtra du premier coup d'œil un fou qui prétend être roi ou pape ou Dieu; mais, lorsque l'idée délirante a un objet moins étrange, le vulgaire peut se tromper et se trompe tous les jours sur le diagnostic. Ainsi voilà un simple employé dont l'idée délirante consiste à se croire persécuté par une ligue d'ennemis tout-puissants qui veulent l'empoisonner, par exemple. Si ce malade laissait lire dans sa pensée, l'idée délirante serait bien vite reconnue, mais, soit conscience vague de sa maladie, soit crainte de n'être pas pris au sérieux, il dissimule avec le plus grand soin son état intérieur; seulement il devient triste, défiant, et sa conduite est pleine de bizarreries qu'on ne s'explique pas. Il change incessamment de domicile, s'enferme chez lui pour manger, prépare ses repas lui-même, simule des absences, déguise et cache toutes ses démarches, témoigne de la crainte, du mécontentement ou de la haine sans qu'on puisse en saisir le motif : tout au plus parle-t-il quelquefois vaguement d'ennemis, de persécution.

Si on pénètre dans la pensée de ces malades, ce qui est souvent possible, parce qu'ils ont une grande tendance à écrire leurs impressions, on voit bien vite que toutes ces bizarreries tiennent à une idée très-nette de persécution accompagnée d'hallucination de l'ouïe et de la vue qui confirment de plus en plus le malade dans son idée maladive. Autrement la maladie reste méconnue fort longtemps et se traduit au dehors, pour la première fois, par un coup de couteau ou une violence quelconque exercée contre ces prétendus ennemis.

Les fastes judiciaires contiennent un grand nombre d'histoires qui rentrent complétement dans la descrip-

tion que nous venons de présenter, il faut donc savoir que, pendant la période d'invasion de la forme commune, et pendant les rémissions de la période d'état, les malades peuvent dissimuler et dissimulent habituellement leur idée délirante ; qu'un grand nombre restent dans le monde et accomplissent très-régulièrement les devoirs de leur profession, et que l'impulsion maladive venant à dominer leur volonté, ils accomplissent, habituellement sous l'influence d'une hallucination, des actes violents et criminels dont ils ne sont pas responsables. Nous ajouterons qu'une fois la maladie reconnue, soit avant, soit après l'acte de violence, ces malades devraient être soumis à une réclusion perpétuelle, parce qu'il n'y a aucun signe certain d'une guérison à l'abri de récidive, et que ces malades sont de tous les plus dangereux par leur opiniâtreté, leur énergie et leur ruse.

2e VARIÉTÉ. — *Forme commune lypémaniaque.*

Cette variété débute habituellement par des scrupules et des craintes exagérées, accompagnées d'une tristesse profonde et d'un changement notable du caractère, qui devient défiant, haineux ou timide à l'excès. Presque toujours dans cette première période les malades sont en proie à des douleurs de tête ou à un sentiment de vague qui les fait beaucoup souffrir. L'insomnie est un symptôme presque constant.

Peu à peu une des idées tristes prend sur les autres une grande prédominance et l'idée délirante se constitue ainsi graduellement. Quelquefois, au contraire, cette idée est produite rapidement sous l'influence d'une hallucination, le malade voit des assassins qui le poursuivent, il entend une voix qui répète : damné ! damné. Et la maladie arrive ainsi tout à coup à sa période d'état.

Comme dans la variété précédente, la marche de la maladie est irrégulièrement périodique. Elle présente dans les premiers temps des rémissions complètes; et, si l'idée délirante n'est pas trop extraordinaire, ces malades restent dans le monde encore assez longtemps.

La maladie constituée par une idée de persécution ou de damnation, par des hallucinations en rapport avec ces idées délirantes et des impulsions tristes et anxieuse suit la marche et par court les périodes que nous avons déjà décrites à propos de la variété monomoniaque.

3e VARIÉTÉ. — *Forme commune circulaire.*

Cette variété est constituée par la succession et l'alternance à peu près régulière de la manie et de la monomanie. C'est surtout cette variété que M. Falret a eu en vue quand il a décrit ce qu'il appelle la *forme circulaire* de la folie. Toute une catégorie des états que M. Baillarger a réunis sous le nom de folie à *double forme* appartient aussi à cette variété de la forme commune. C'est la 4e catégorie, dans laquelle les accès se succèdent sans interruption et sans intermittences véritables (*Loc. cit.*, p. 350).

Dans la variété circulaire la phase monomaniaque et la phase maniaque présentent régulièrement une période d'accroissement, une période d'état et une période de décroissance. En sorte que la maladie ne présente point dans sa marche cet état stationnaire prolongé si caractéristique dans les autres variétés de la forme commune. Aussi M. Falret, trompé par cette mobilité et par cette acuité apparente dans la marche de la maladie, s'étonne-t-il de voir les formes circulaires presque toujours incurables, tandis que les deux variété d'aliénation qui la constitue sont habituellement très-curables. Ceci prouve une fois de plus combien est fausse l'opi-

nion qui veut faire des formes de la folie avec des variétés d'aliénation. Ce n'est pas la manie ou la monomanie qui sont plus ou moins curables, mais bien les maladies dans lesquelles se montrent ces deux symptômes.

La variété circulaire suit habituellement une marche plus rapide que les deux autres variétés. Ses terminaisons sont analogues et le passage à la chronicité et à l'incurabilité est de toutes la plus fréquente. A cette période la manie et la monomanie sont bien effacées, et on a de la peine à suivre le cycle fatal qui cependant continue à caractériser cette variété jusqu'à la mort du malade.

P. Jousset.

— La fin au prochain numéro. —

THÉRAPEUTIQUE

DEUX OBSERVATIONS DE GUÉRISON AUX EAUX DE BONDONNEAU

SUIVIES DE REMARQUES SUR LA POSOLOGIE

Parmi les observations de guérison par les eaux de Bondonneau, recueillies durant plusieurs années, j'en publierai quelques-unes pour faire suite à l'article du numéro précédent. Je me propose de les faire suivre de quelques remarques sur les doses.

Ire Observation.

Laryngite chez un scrofuleux.

Sujet. Négociant aisé, adonné à l'étude; 42 ans, taille moyenne, tempérament sanguin-nerveux; brun et peau terne; constitution sèche, caractère méfiant, triste, irritable, très-actif; habitude de la constipation; bon appétit et digestions lentes avec flactuosités; sommeil profond, malgré des rêves fréquents ayant pour objet les occupations habituelles avec des combinaisons longues et difficiles; célibataire, mais ayant fait et faisant encore des excès auxquels il est porté par tempérament.

Commémoratif. Croûtes de lait pendant la lactation, favus muqueux

opiniâtre, croissance maladive et tardive; puberté difficile signalée par des tics nerveux et de l'anémie; fièvre dite cérébrale au sortir de ses études brillamment faites, et longue convalescence compliquée de maux d'estomac et de souffrances intestinales; à 18 ans, refroidissement et inflammation des ganglions cervicaux qui ont suppuré et ont laissé deux trajets fistuleux encore suintants; induration consécutive d'un ganglion de l'aisselle, persistant encore; dartre furfuracée mobile très-ancienne, qu'on répercutait à l'aide de diverses pommades quand elle envahissait le visage. Une saison à Uriage, en 1860, parut sans résultat et même fatigua le malade. Depuis ce temps, il n'y a plus d'efflorescences à la peau, les fistules subsistent et il s'est produit des souffrances du côté du larynx.

État actuel. Le 2 mai 1863, laryngite de deux ans, caractérisée par engorgement de la luette et du voile du palais, teinte sombre de ces parties, ulcération superficielle à gauche, derrière l'amygdale, son étendue est de 2 centimètres de long sur 1 de large, le fond en est grisâtre, les bords sont entourés d'un liseré pâle, sans saillie; une légère douleur de picottement s'y fait sentir parfois le matin à jeun, après avoir parlé, et en général quand la bouche est sèche; voix rauque; petite toux sèche avec renâclements fréquents. Selles marronnées de deux en deux jours; urines habituellement chargées, à sédiment blanchâtre; sueurs rares; mucosités nasales abondantes; vertiges légers; fatigue de la vue avec obnubilations, pour lesquelles un médecin avait conseillé des vésicatoires dans la pensée de conjurer la cataracte. Les forces sont conservées, ainsi que l'appétit; il y a de la maigreur, mais qui n'a pas augmenté depuis plusieurs années.

Traitement. Le conseil de prendre les eaux de Bondonneau n'a pu être suivi que le mois suivant. Dès le 4 juin 1863, le malade prend deux bains par semaine, fait des inhalations, telles qu'elles se pratiquent à Bondonneau, et ne commence à en boire que le 10 juin, un verre par jour en trois fois.

Le 20 de ce mois, le malade lui-même observe avec étonnement que son teint est devenu plus blanc et très-clair, malgré ses promenades au soleil. C'est en effet une curieuse propriété de ces eaux, que de donner au teint un éclat, un reflet de blancheur qui semble dépendre d'une plus grande activité vitale dans le système cutané. Les urines sont moins chargées, les selles devenues quotidiennes, moulées et plus verdâtres; la sueur est plus facile; le malade éprouve de la pesanteur et des lassitudes dans les membres, de la somnolence; néanmoins il n'a plus de vertiges. Le larynx est dans le même état.

On suspend pendant deux jours l'usage des eaux; on voyage. Le 25, mêmes doses et même nombre de bains; on continue les inhalations. Le 7 juillet, état général excellent; le larynx a beaucoup perdu de sa teinte sombre; il y a moins d'engorgement dans l'arrière-gorge; la luette est même revenue à l'état normal; l'ulcération s'est amoindrie, la cicatrisation a commencé sur le milieu, d'un bord à l'autre, et l'a divisée en deux.

Le malade quitte l'établissement, emportant dix bouteilles de ses eaux, qu'il prendra aux faibles doses indiquées. Au bout de deux mois, le traitement terminé, le larynx était en très-bon état et ne conservait pas trace de l'affection. La voix était redevenue claire, et la vue avait repris toute sa netteté et sa vivacité. La fistule de l'aisselle persistait seule.

IIe Observation.

Bronchite phlegmorrhagique et fistule scrofuleuse.

Sujet. Propriétaire, vie oisive et sédentaire, intelligence peu cultivée, 50 ans, lymphatique, peau blafarde, embonpoint ordinaire, taille au-dessus de la médiocre, force musculaire assez développée, caractère gai et insouciant; marié; deux enfants; sommeil mauvais, rêves anxieux, appétit fantasque.

Commémoratif. Carreau et teigne dans l'enfance, ganglions suppurés; ancienne fistule près de l'oreille gauche, suite d'une inflammation lymphatique. Cette fistule ne suinte pas, mais donne de temps en temps une matière purulente abondante, à la suite des efforts de toux qui congestionnent la face. Après la puberté, l'habitude de l'onanisme avait abouti à un état de marasme grave; il demeura sujet à des pollutions nocturnes qui le menacèrent d'épuisement jusqu'au mariage. Le père avait la goutte. Pleurésie à 28 ans; pneumonie légère à 31 ans après une chasse forcée, et suppression définitive d'une sueur des mains qui les rendait constamment humides; urines rares et fortes; selles faciles, souvent diarrhéiques; sueurs faciles.

État actuel. Depuis longtemps persistance d'une toux sèche matinale et bronchites fréquentes et interminables, surtout en hiver. La toux d'abord sèche, convulsive, très-fatigante, congestionne la tête, la face devient violette comme dans la coqueluche, puis la fistule laisse couler par flots du pus lié, blanc, environ une grande cuillerée; en même temps la toux se calme, et des crachats abondants et purulents mettent fin à la toux, qui recommence peu d'instants après. Ces sortes de bronchite ont une durée d'environ six semaines et se répètent deux ou trois fois l'an. Dans l'intervalle, la toux sèche du matin persiste et

provoque de temps à autre des vertiges, la congestion à la tête et l'irruption du pus par la fistule.

Le 20 juillet 1860, le malade se trouve dans cet état transitoire; il demande à prendre les eaux de Bondonneau qu'on lui a dit être bonnes pour prévenir ses bronchites et le guérir. Le poumon n'offre rien de particulier à l'auscultation, si ce n'est un râle muqueux persistant à droite.

Traitement. L'administration des eaux commence dès le 21 juillet : 1 bain par semaine, 1 litre d'eau par jour hors des repas. On en fait la boisson habituelle aux repas avec du vin. Le 6 août, les selles sont quotidiennes, mais fermes et moins faciles, l'appétit est excellent, le sommeil profond, le teint clair et animé, rien de changé du reste. Dès ce jour l'eau minérale est prise sans mesure, environ 4 à 5 litres par jour, le malade en fait sa boisson exclusive. De plus, deux ou trois inhalations par jour.

Il quitte l'établissement le 14 août, après un traitement de trois semaines, sans autre changement que l'amélioration de l'état général. Il emporte deux caisses d'eau minérale, et en prend chez lui environ deux bouteilles par jour pendant deux mois encore.

La toux habituelle disparut, et il ne survint aucune bronchite cet hiver; mais la fistule dont le pus était fort diminué ne se vidait plus; il y eut des vertiges et des menaces de congestion cérébrale. Une petite opération fut nécessaire pour arriver à la poche pyogénique, la détruire et amener une cicatrisation facile. Cependant un cautère au bras parut nécessaire pour remplacer ce point suppurant ancien. Depuis lors la santé est excellente, et les eaux de Bondonneau sont prises chaque année par mesure de précaution.

Remarques. En face de ces deux observations on se demande naturellement quel a été le rôle du médicament, c'est-à-dire de l'eau de Bondonneau.

Dans la première, elle a été donnée à faibles doses, et la guérison s'est produite rapidement. Dans la seconde, elle a été donnée en grande quantité et la guérison a eu lieu non moins sûrement, quoique avec plus de lenteur.

Où est ici l'indication similaire, homœopathique?

Elle n'existe que pour le premier cas. Il est vrai que la nature scrofuleuse et psorique des deux affections sol-

licitait chez les deux malades l'emploi de ces eaux, dont l'action sur la vie végétative est caractérisée par son électivité sur les ganglions lymphatiques, les muqueuses et la peau.

Mais, dans le premier cas, ses propriétés homœopathiques étaient recherchées et appliquées par de faibles doses, et adaptées aux symptômes et à l'irritabilité d'un sujet dont l'hématose, loin d'être incomplète, était, au contraire, fatiguée par une animalisation trop rapide des matériaux alibiles: autre action élective de ces eaux.

Dans le second cas, l'hématose était amoindrie par les pertes fréquentes de l'organisme, et devenue incomplète par l'état torpide de la vie végétative. Les eaux de Bondonneau avaient à remplir une indication altérante, hématosique, soit à l'égard de l'état scrofuleux, de la fistule et de la bronchite muqueuse, soit à l'égard de la vie végétative, qu'il s'agissait d'exciter pour fournir au sang des matériaux plus convenables, mieux élaborés. Cette indication générale n'est pas homœopathique à tous les points de vue, mais elle n'en est pas moins déduite des propriétés de ces eaux. Elle constitue ce que l'on appelle la médication altérante, dont l'homœopathie ne tient peut-être pas assez de compte, et dont abuse l'allopathie, jusqu'aux excès les plus criants.

A propos de doses, bien que dans notre école on en ait beaucoup parlé, cependant nous ne possédons guère de lois directrices dans l'application de tous les degrès de l'échelle posologique. Il semble que les diverses sources des indications thérapeutiques devraient nous servir à fixer quelques données pratiques à cet égard. Et pour ma part, je serais ravi que nos praticiens nous fissent part de leur expérience à ce sujet.

On ne peut nier que les considérations étiologiques

n'aient une grande influence sur le choix des doses. Il en est ainsi pour les diverses formes et les variétés d'une même maladie, et plus encore pour son espèce; ainsi encore pour la constitution médicale, le climat et l'individualité du malade.

Non-seulement, en plusieurs de ces cas, la prescription échappe à la loi des semblables, mais encore l'indication de doses massives se produit sous l'empire de circonstances particulières; tandis que, d'autre part, l'expérience prouve que l'on obtient des effets différents des doses diverses du même médicament.

Dans la fièvre intermittente pernicieuse, sans considération pour la phénoménologie, le *sulfate de quinine* s'impose à hautes doses; l'examen des symptômes ne donne lieu qu'à des indications secondaires; par exemple : de l'*opium* dans la forme comateuse, du *tartre stibié* dans la forme gastrique sudatoire, de l'*ellébore blanc* dans la forme algide dysentérique, etc.

Dans l'apoplexie, le plus souvent l'*arnica* à la dose de plusieurs gouttes de la teinture est indiqué de prime abord, pour donner lieu ensuite au choix du médicament approprié à la variété de la maladie.

Les maladies endémiques, la fièvre intermittente, certaine suette, exigent des doses pondérables comme certaines cachexies et quelques diathèses. Enfin, peut-être est-il d'observation, que plus la médication est spécifique, plus les doses doivent s'élever : par exemple, pour le quinquina dans les fièvres intermittentes, pour le mercure dans la syphilis.....

Enfin, dans un certain nombre de cas, dans la médication altérante, les doses paraissent devoir être en harmonie avec les besoins de l'organisme. E sous ce rapport nul ne saurait mettre en doute les bienfaits des eaux minérales.

Indépendamment des cas de ce genre, un même médicament peut suffire à remplir plusieurs indications, s'il est employé à des doses appropriées à chacune d'elles. Nous ne sommes pas assez enthousiaste d'une foule de médicaments nouveaux, mal étudiés, mal connus et préconisés au préjudice de la science et des malades, pour ne pas proclamer hautement cette vérité.

L'un de nos maîtres les plus regrettés, le Dr Tessier, après avoir fait observer, à la gloire de Hahnemann, que les doses fractionnées satisfont presque à toutes les indications, ajoutait : « Ainsi un petit nombre de médicaments, maniés avec intelligence, *à tous les degrés de l'échelle posologique*, peuvent suffire à la plupart des besoins de la thérapeutique » (*Étud. de méd. gén.*, 20e leçon).

Combien de fois, dans le cours de maladies catarrhales chroniques et autres, n'est-il pas utile de surexciter la circulation, afin de donner prise ensuite à des médicaments homœopathiques. Dans ces cas, par exemple, vingt gouttes de teinture d'*aconit*, données à propos, provoquent une fièvre factice, une poussée à la peau, et souvent une sueur abondante, point de départ d'une guérison qu'on sollicitait vainement par des doses infinitésimales. Le *tartre stibié*, qui, à des doses pondérables très-fractionnées, excite la diaphorèse, la fait cesser à doses infinitésimales, et agit puissamment sur les membranes séreuses à doses altérantes (triturations). L'*ipécacuanha*, sudorifique à doses pondérables et fractionnées, est en même temps, à pareilles doses, curatif de certains flux muqueux ; tandis qu'à doses plus faibles encore, il s'adapte très-bien à des fièvres violentes de l'enfance, précédées de convulsions ou les annonçant, à des accidents puerpéraux fébriles ou métrorrhagiques, à des névralgies congestives ; et qu'à doses

homœopathiques infinitésimales, il est curatif d'un grand nombre de phénomènes morbides nerveux, gastriques, etc. Après tout, initiée à l'action physiologique des médicaments, riche des indications homœopathiques, pourquoi notre thérapeuthique se priverait-elle bénévolement des effets particuliers des fortes doses et des effets intermédiaires des doses fractionnées, médiocres? Et pourquoi au lieu de les trouver dans nos vieux médicaments avec toute facilité, irait-elle les demander avec mille tâtonnements à des substances mal expérimentées?

Je ne nie pas certaine électivité d'action de l'*aranea diadema*, du *nitro-glycerinum*, du *sulfure de carbone* lui-même, mais en attendant je préfère à ces médicaments ceux qui ont fait leurs preuves et qui remplissent toutes les indications qu'on leur demande, en variant les doses. Que l'on nous dote de nouveaux médicaments, c'est à merveille, mais qu'on ne les préconise pas sur une simple donnée *ab usu in morbis*, avec une pathogénésie écourtée ou même sans cette recommandation expérimentale. A. Espanet.

CAUSERIES CLINIQUES

SUITE (1)

VIII

TRAITEMENT DES IMPULSIONS GÉNITALES PASSIONNELLES ET MALADIVES CHEZ L'HOMME.

Après avoir relaté quelques cas de guérison de passion génitale chez la femme, j'ai cherché, pour compléter mon sujet, des observations analogues relatives à

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars, avril, mai et juin 1865.

l'homme. Je n'en ai point trouvé. Pourquoi donc cela? Je vais essayer de l'expliquer.

Les impulsions génitales, chez les femmes, sont habituellement plus persistantes, même après les rapports sexuels. Chez l'homme, au contraire, les impulsions génitales sont intermittentes, répétées, passagères, rapidement assouvies; et c'est peut-être en raison même de leur brièveté qu'elles sont beaucoup plus vives, plus irrésistibles. Aussi pourrait-on appliquer à l'amour physique ce que Mme de Staël disait de l'amour en général : « L'amour n'est qu'un épisode dans la vie de l'homme, et c'est presque l'histoire de la vie entière chez la femme. »

Il semblerait que la persistance et la durée des impulsions génitales sont en rapport direct, chez la femme, avec l'œuvre si longue et si complexe de la maternité (conception, gestation, lactation), et, chez l'homme, avec l'acte relativement si court qui le fait père.

Comme je l'ai dit plus haut, l'homme, en raison même de la courte durée de ses impulsions génitales, éprouve une tendance plus vive, plus irrésistible à l'acte génésique. Aussi, soit parce qu'il cède plus vite à sa passion, soit parce qu'il a plus de facilités pour la satisfaire, il ne prend pas, comme la femme, la patience de se faire traiter.

Les considérations précédentes nous expliqueront peut-être pourquoi, après avoir rapporté quelques cas de passion génitale guéris chez la femme, je n'ai pu trouver des observations analogues relatives à l'homme.

En effet, la littérature homœopathique, à ma connaissance, ne renferme, comme ayant été guéris chez l'homme, pas même un cas d'impulsion génitale passionnelle et seulement deux cas d'impulsion génitale maladive. Je citerai néanmoins ces derniers, présumant

que les remèdes, qui ont guéri l'érotomanie, pourront également dissiper la passion génitale, s'ils sont d'ailleurs indiqués par l'ensemble des symptômes.

Je signalerai, en outre, quelques cas où le traitement homœopathique a guéri les suites de l'onanisme dans l'espérance que les remèdes pourront être utilisés contre les habitudes même de l'onanisme.

Ire OBSERVATION.

Érotomanie chez un homme de 30 *ans, guérie par* china.

Un homme de 30 ans, bien élevé, menant la vie la plus régulière, doué d'une fermeté de caractère peu commune, et fiancé, m'avoua en ami que depuis quelques jours il se sentait des envies irrésistibles de manger tantôt une friandise, tantôt une autre; ce n'était qu'avec les plus grands efforts qu'il parvenait à les vaincre. Mais, ce qui le tourmentait surtout jour et nuit, c'était une irritation extrême du *désir* vénérien. Les tableaux les plus lascifs s'offraient à son imagination. Sa fiancée y jouait toujours un rôle, ce qui ne laissait pas que de le chagriner beaucoup, et il lui était impossible de penser à elle sans que quelque idée impure se présentât à son esprit. Pendant ce délire de son imagination, il se sentait une pesanteur, une lassitude, un abattement particuliers dans tout le corps, mais surtout dans les genoux. Il était trois heures après-midi lorsqu'il me fit cette confidence. Je lui fis prendre *china* 9e une goutte.

Le lendemain, il me dit avoir dormi. Il n'avait plus eu de ces tableaux voluptueux qui l'avaient tant inquiété, ne se sentait plus alors alourdi, avait toute sa liberté et sa force d'esprit et pouvait penser à sa fiancée avec la même pureté d'âme qu'autrefois. — Il n'eut pas de rechute. (Dr BETHMANN, *Clinique homœop.* du Dr BEAUVAIS, VII, 278.)

IIe OBSERVATION.

Érotomanie chez un jeune homme de 16 *ans, guérie par* pulsatilla.

M. R..., âgé de 16 ans, d'une bonne constitution, d'une intelligence bien développée, fut vivement affecté d'un sermon sur la pureté des mœurs; il n'avait cependant rien à se reprocher sous ce rapport. Malade depuis dix jours, je le trouvai les yeux égarés, les lèvres violacées, diminution de la mémoire, remords imaginaires; la vue d'une femme lui causait de violentes palpitations de cœur et l'irritait au point de vouloir l'injurier. Oppression pectorale; depuis cinq jours affecté d'un trem-

blement continuel général; insomnie ou sommeil très-agité, troublé par des rêves. Il prend *pulsatilla* 12ᵉ, quatre globules. Le calme se rétablit et dès lors il fut guéri. (Dʳ Malaise, *Recherches sur le traitement de l'aliénation mentale*, par le Dʳ Hermel, p. 103.)

Dans la *Clinique homœopathique* du Dʳ Beauvais, IX, 563, j'ai trouvé une observation d'érotomanie, chez un homme de 43 ans, qui, après des rapports sexuels excessifs, s'était brusquement soumis à une continence absolue. Il s'ensuivit des érections permanentes et un énorme gonflement inflammatoire des parties. Le Dʳ Schuler prescrivit *pulsatilla*, qui diminua les érections et l'enflure, puis il conseilla les rapports sexuels. Dans ce cas le remède a très-rapidement produit une amélioration; mais aurait-il suffi pour guérir le malade? C'est ce qu'on ne peut affirmer.

IIIᵉ Observation.

Suites graves de l'onanisme, chez un jeune homme de 26 ans, guéries par conium, sepia *et* lycopode.

Un jeune homme de 26 ans, célibataire, livré à l'onanisme dès son enfance, s'était fait traiter, *depuis six ans*, par beaucoup de médecins allopathes, et, en dernier lieu, par l'hydrothérapie. Cette médication avait amélioré ses souffrances pulmonaires et gastriques, son éréthisme nerveux et son humeur hypochondriaque: symptômes qui existaient toujours, mais ne revenaient pas aussi fréquemment qu'auparavant. Il avait plusieurs pollutions chaque semaine, un manque complet d'érections et d'impulsions génitales. Il voulait se marier.

Prescription: *conium maculatum* 30ᵉ, neuf doses du 13 mars au 16 avril. A partir de cette époque, les pollutions, devenues plus rares, n'étaient plus suivies d'épuisement; retour des impulsions génitales et des érections, mais pendant le coït l'éjaculation encore impossible.

Sepia 1500ᵉ fut alors administré deux fois par jour durant une semaine; après ce remède, deux pollutions seulement survinrent dans l'espace de cinq semaines; coït normal.

On donna alors une dose de *lycopode* 30ᵉ, après laquelle les forces viriles furent complétement rétablies. (Dʳ Ehrhardt, *Rueckert's klinische Erfahrungen*, II, 587.)

IVe OBSERVATION.

Suites de l'onanisme guéries par calcarea carbonica.

Un jeune homme de vingt ans, bien portant, doué d'un tempérament lymphatique, s'était livré à l'onanisme d'une façon excessive depuis l'âge de 16 ans. Il présentait l'état symptomatique suivant :

Son teint fleuri disparu; digestions troublées; soif continuelle de boissons froides, affaiblissement musculaire; douleurs lancinantes dans la poitrine, quand il montait; lassitude à tomber, quand il marchait; au moindre effort, sueur abondante par tout le corps; remords.

Prescription : *calcarea carbonica* 30e. Après une aggravation qui dura huit jours, survint une amélioration chaque jour croissante, et, au bout de six mois, ce jeune homme était mieux portant que jamais. (*Rueckert's klin. Erfahrungen*, II, 55.)

Ve OBSERVATION.

Suites de l'onanisme, chez un jeune homme de 23 ans, guéries par sepia.

Un jeune homme de 23 ans s'était fort affaibli en se masturbant pendant une couple d'années, et, quoiqu'il eût renoncé à l'onanisme depuis deux ans, il présentait néanmoins depuis cette époque les symptômes suivants :

Presque chaque nuit pollutions très-affaiblissantes; il se passait rarement une nuit sans qu'il en survînt; douleurs lancinantes d'un côté du front; presque constamment un goût douceâtre dans la bouche; sécheresse de la bouche, mais sans soif; selles dures, précédées de coliques abdominales, qui surviennent en même temps que le besoin de défécation. Le soir il s'endort tard, à cause d'une sensation de fatigue et d'agitation dans les membres inférieurs, surtout dans les jambes.

Prescription : *sepia* 1500e, qui diminue toutes les souffrances, et au bout de huit jours, supprime les pollutions.

Quinze jours plus tard, il prend *pulsatilla* 30e contre des douleurs lancinantes dans l'oreille, revenant constamment le soir. Les jours suivants on lui administre de nouveau *sepia*. Deux semaines après, il était complétement guéri. (*Rueckert's klin. Erfahrungen*, II, 63.)

INDICATIONS DE QUELQUES MÉDICATIONS CONTRE LES IMPULSIONS GÉNITALES, PASSIONNELLES ET MALADIVES.

L'érotomanie est toujours le symptôme d'une maladie ; on ne peut pas soutenir la même assertion au su-

jet de la passion génitale, de l'onanisme ; mais on doit cependant supposer que leur éclosion, leur développement sont favorisés par une prédisposition particulière de l'organisme.

Pour traiter efficacement l'érotomanie, on doit d'abord rechercher la maladie dont elle est le symptôme. De même, pour réprimer, détruire la passion génitale, l'onanisme, il faudra aussi rechercher préalablement s'ils se montrent chez des scrofuleux, des hémorrhoïdaires, des goutteux, ou des herpétiques, etc.

D'autre part, en consultant les pathogénésies, on saura dans quelles diathèses conviennent les remèdes indiqués contre l'érotomanie, la passion génitale.

Après avoir terminé ces études de séméiotique et de matière médicale, on en ferait l'application pratique à chaque personne atteinte d'érotomanie ou de passion génitale.

Procéder ainsi serait, je crois, le moyen le plus sûr pour bien administrer les remèdes d'après la loi des semblables. Ce serait aussi la méthode la plus scientifique pour rechercher les médicaments qui sont, d'après la formule hahnemannienne, *le mieux indiqués par l'ensemble des symptômes.*

Les homœopathes *purs* atteignent parfois le même but, quand ils étudient minutieusement, en *naturalistes*, malades et remèdes. Il semble pourtant qu'il vaut mieux agir en *médecins*, comme je le conseille. La méthode scientifique, que je préconise, me paraît, en effet, avoir un double avantage ; car, en les généralisant, elle permet de mieux transmettre, par l'enseignement, les connaissances pathogénétiques et cliniques. Et, d'ailleurs, loin de nuire aux intuitions de l'artiste chez le praticien, cette méthode contribue plutôt à les favoriser, tout en les contrôlant, les rectifiant.

« Le grand talent, dit Hufeland, le grand talent consiste à généraliser, le plus possible, les maladies et à individualiser le plus possible les malades. »

Hufeland a raison, car, dans le premier cas, on fait de la science, et, dans le second cas, on fait de l'art. C'est là un double devoir que tout médecin doit remplir simultanément.

Dans son ouvrage (*Klin. Erfahrungen*, II, 65), le Dr Rueckert préconise, contre les impulsions génitales passionnelles ou maladives, les remèdes suivants auxquels je pourrais en ajouter quelques autres :

1° Contre la surexcitation anomale des impulsions génitales : *calcarea carbonica*, *china*, *hyoscyamus*, *lycopode*, *natrum muriaticum*, *nux vomica*, *phosphorus*, *platina* (ajoutez : *cantharis*, *fluoris acidum*, *silicea*).

Pensées voluptueuses, lascives : *calcarea carb.*, *china*, *natrum muriaticum* (ajouter : *pulsatilla*, *hippomanès*).

Instinct sexuel plus vif, augmenté : *camphora*, *china*.

Instinct sexuel effréné : *lycopode* (ajouter : *fluoris acidum*).

Instinct sexuel surtout le matin, avec érections douloureuses : *nux vomica* (ajouter : *sepia*).

Grande excitation au coït : *lycopode* (ajouter : *fluoris acidum*, *silicea*).

Paroles et gestes lascifs : *hyoscyamus*, *phosphorus*, *veratrum*.

2° Contre l'exaltation anomale de la puissance génitale : *conium*, *lycopode*, *nux vomica*, *phosphorus*, *phosphori acidum*, *platina*, *sepia* (ajouter : *cantharis*, *fluoris acidum*).

Érections trop fréquentes : *phosphorus* (ajouter : *cantharis*, *fluoris acidum*).

Pollutions trop fréquentes, non précédées d'onanisme : *conium* (ajouter : *hippomanes equi*).

Pollutions trop fréquentes chez les hommes robustes : *nux vomica*.

Pollutions nocturnes : *phosphori acidum*.

Pollutions affaiblissantes : *sepia*.

3° Contre les suites de l'onanisme : *calcarea carb.*, *conium*, *lycopode*, *nux vomica*, *phosphorus*, *phosphori acidum*, *sepia*, *sulfur*.

D[r] GALLAVARDIN,
de Lyon.

MÉDECINE PRATIQUE

UN CAS DE FIÈVRE PERNICIEUSE PÉRIPNEUMONIQUE

En novembre 1864, M. le D[r] Jousset a rapporté dans ce journal une observation de fièvre pernicieuse péripneumonique qui soulevait en même temps une question de nosologie importante : celle de l'hépatisation pulmonaire accompagnant comme lésion la maladie qui nous occupe. L'intermittence de cette même lésion, dominée par le génie propre de la maladie, y était démontrée d'une manière irréfutable.

Ayant eu l'occasion d'observer récemment un cas analogue, je crois utile de le communiquer aujourd'hui.

OBSERVATION.

Alcoolisme chronique ; pleuropneumonie lobaire droite ; fièvre pernicieuse péripneumonique au moment de la convalescence ; intermittence de signes stéthoscopiques.

G. D....., domestique, âgé de 35 ans, phlegmatique-sanguin, habitué à des liqueurs et du rhum, supportant d'ailleurs mal le vin, est atteint depuis plusieurs années déjà de tremblement des mains et de la langue ; sa santé générale n'est pas mauvaise et ses forces musculaires sont normales.

Le 10 avril 1865, il est pris, vers le soir, d'un frisson très-intense et très-prolongé ; nuit agitée ; il se lève, descend cinq étages jusqu'à la

cour de la maison et boit une grande quantité d'eau fraîche à la pompe.

Le 11. Le frisson recommence le matin avec une grande violence, mal de tête, accablement excessif; le tremblement des mains a augmenté; la langue, couverte d'un enduit blanc, est tellement agitée de secousses, que le malade ne peut la maintenir hors de la bouche; pouls large, plein, dur, à 120; peau couverte de sueur; ventre souple, indolent; toux légère. Auscultation négative.

Teinture de Bryone, 1re dilut. . . . . 6 gouttes.
Eau pure. . . . . 200 grammes.
Eau de mauve gommée. Diète.

Le 11 au soir. Journée très-mauvaise, agitation incessante; toux très-forte, sèche, pénible; violent point de côté à la base du poumon droit Matité de ce côté; dans le tiers inférieur souffle tubulaire à l'inspiration. seulement, bronchophonie; légère égophonie à la partie moyenne du même côté; dans le tiers supérieur, murmure vésiculaire simple, mais affaibli.

Respiration puérile à gauche.

Bryone *ut supra*.

Le 12. Nuit passable; toux fréquente, pénible; expectoration difficile; crachats safranés, visqueux, adhérents au vase; oppression presque nulle; le point de côté a notablement diminué.

Poumon droit. Souffle tubaire dans les deux tiers inférieurs à l'inspiration et l'expiration; bronchophonie, pas d'égophonie; dans le tiers supérieur, murmure vésiculaire obscur.

Rien à gauche.

Une selle naturelle; langue très-rouge à la pointe et sur les côtés, saburrale à la base, tremblotante, quoique moins que la veille; le tremblement des mains a diminué. Pouls petit, serré, mais vif, régulier, à 110. Urines normales.

Phosphorus 6e. . 20 globules.
Eau . . . . 150 grammes.
Bouillon léger.

Le 12 au soir. Journée bonne; calme; toux fréquente, grasse; expectoration peu abondante, facile; crachats moins sanguinolents.

Poumon droit. Râles crépitants secs de retour à la base; souffle tubaire à la partie moyenne, seulement à l'inspiration; murmure vésiculaire pur au sommet. Pouls mou, régulier, à 100.

Phosphorus *ut supra*.

Le 13. Insommie, agitation, rêvasseries; pas de souffrances. Vers le matin, calme et sommeil; toux minime, expectoration peu abondante, rouil ée très-légèrement. Râles crépitants plus humides à la base, souffle dans le lointain et dans une étendue très-limitée; dans la moitié supérieure du poumon droit, murmure vésiculaire normal.

Tout tremblement des mains a cessé; la langue tremblote à peine; elle est saburrale à la base, nette à la pointe. Pouls à 88.

Phosphorus *ut supra*.
Bouillon.

Le 14. Nuit plus agitée que la précédente; sueurs abondantes après minuit; vomissements bilieux répétés et très-fatigants; rêves continuels quoiqu'il n'y eût pas de sommeil. Vers le matin, le calme apparaît de nouveau. Toux fréquente; crachats à peine rouillés, de quantité minime; râles crépitants dans tout le tiers inférieur; plus de souffle; pouls petit, à 90.

Eau panée vineuse, bouillon et potage.
Tartarus emetic. 6°. . 12 globules.
Eau pure. . . . . . . 150 grammes.

Le 15. Nuit des plus pénibles; l'agitation commence plus tôt que la veille; on a peine à contenir le malade, qui se découvre à chaque moment, se dresse sur son lit et gesticule avec violence; pas de frisson, mais sueurs profuses; toux incessante; le point de côté revient avec une intensité insupportable. Vers le matin, l'agitation persiste.

Poumon droit. Souffle tubaire dans tout le tiers inférieur du poumon droit en arrière et sur les côtés; ici et là quelques bulles de râles crépitants. Pouls petit, faible, à 88; peau moite; grande prostration; un vomissement bilieux le matin.

Sulfate de quinine 1 gram. 20 centigr.
A prendre en 4 doses de demi-heure en demi-heure dans la journée.
Diète. Eau gommée.

Le 16. Nuit excellente; sommeil continu, sans interruption; toux nulle; expectoration minime à peine rosée; le point de côté a cédé.

Râles crépitants dans toute la base et le côté du poumon droit.

Pouls à 76, petit, faible; langue nette, tremblotante; une selle; sueurs encore prononcées, quoique moindres.

Sulfate de quinine 1 gramme.
En 4 doses comme la veille.

Le 17. Nuit bonne; calme, apyrexie; presque pas de toux.

Râles sous-crépitants à la base; murmure vésiculaire pur presque partout; langue nette; deux selles diarrhéiques et bilieuses; sueur presque nulle.

18 avril. Nuit bonne; apyrexie; expectoration muqueuse; râles sous-crépitants dans les fortes inspirations seulement. Langue nette; appétit; deux selles diarrhéiques.

Sulfur 3e . . . 12 globules.
Eau. . . . . . 150 grammes.
Vin. Rôti.

Le 21. Pris congé du malade. Convalescence ultérieure très-rapide.

Ce fait remarquable démontre que les accidents pernicieux n'ont pas ouvert la scène morbide, mais ne sont survenus que le cinquième jour de la maladie, au moment où la convalescence paraissait être très-franche et sans qu'on puisse leur attribuer aucune cause occasionnelle appréciable; l'alcoolisme chronique ne leur était peut-être pas complétement étranger.

Comme dans l'observation de M. Jousset, les vomissements ont marqué le début des accès, et nous trouvons une fois de plus la preuve de la valeur de ce symptôme comme diagnostic des fièvres pernicieuses; de même aussi l'intermittence des signes stéthoscopiques est mise ici en parfaite évidence, et la marche de la lésion s'est trouvée subordonnée au rhythme morbide. Quant à l'heureuse influence du china, elle ne peut être mise en doute vu l'intensité croissante des accidents qui, sans lui, eussent été rapidement funestes.

Ce fait démontre de plus ce que peut une médication sagement éclectique basée sur les indications positives déduites des formes et du génie propre de la maladie.

Dr Noack fils,
de Lyon.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 6e ARTICLE (1) —

X

DEUXIÈME DISCOURS DE M. BOUILLAUD (2).

M. Bouillaud voulant se laver du reproche que lui avait fait M. Beau dans son second discours, à savoir : que le *Traité des maladies du cœur* ne contenait rien sur le mouvement des oreillettes, cita des passages empruntés aux pages 100, 106, 111 du tome I de ce traité, dans lesquelles ce mouvement se trouve signalé.

« Les ventricules, y est-il dit, *et les oreillettes*, sont le siége de contractions et de dilatations alternatives. La systole des ventricules et des oreillettes est un état *actif*. La diastole de ces cavités est-elle purement *passive?* »

M. Bouillaud se défend d'avoir présenté les oreillettes comme un simple réservoir *toujours immobile*, et sans nier leur contractilité, il n'a pu comparer leur énergie à celle des ventricules.

Au point de vue où s'est placé M. Beau, l'oreillette serait le cœur proprement dit, et, par conséquent, l'agent central de la circulation, l'agent du mouvement cardiaque, et, par suite, l'agent du choc, ou, ce qui revient au même, du battement.

M. Beau admet bien que le ventricule se rétrécit dans la systole, mais dans cet acte, la pointe ne se porte pas en avant. La cause du mouvement de projection est l'impulsion communiquée par l'oreillette contractée, à l'ondée sanguine qui pénètre dans le ventricule dont l'ampliation est alors générale, mais surtout apparente à la pointe qui se porte en bas et en avant.

Les ventricules ont une masse au moins quadruple de celle des oreillettes. Celles-ci n'ont qu'à verser le sang dans les ventricules. Le ventricule gauche lance le sang dans les artères de toute l'étendue du corps ; le droit, dans les artères pulmonaires seulement.

Il suffit, dit M. Bouillaud, de jeter les yeux sur un cœur sain, et, à plus forte raison, sur un cœur hypertrophié, pour comprendre que les oreillettes n'en sont pas la partie principale.

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars, avril mai et juin 1865.

(2) Séance du 14 juin 1864, p. 846 à 870 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

D'ailleurs, au moment où les battements s'opèrent, les oreillettes ne se contractent pas. On remarque, au contraire, alors, la systole des ventricules et la diastole des artères.

M. Bouillaud rappelle ce qu'on voit quand le cœur est mis à nu, quand il est incisé, ce qu'on sent lorsqu'on introduit le doigt dans sa cavité lors de ses contractions et dilatations alternatives. Il rappelle encore l'élévation et l'abaissement simultanés des deux leviers correspondants à deux ampoules exploratrices placées, l'une dans le cœur, l'autre dans l'aorte (1).

M. Beau dit avoir constaté une vive et énergique contraction des oreillettes sur laquelle, d'ailleurs, M. Chauveau aurait appelé un jour son attention.

Dans quel temps de la révolution du cœur avait lieu cette contraction énergique ? Était-elle isochrone ou non au choc de la pointe du cœur et aux pulsations artérielles ?

M. Chauveau n'aurait pu appeler l'attention de M. Beau sur l'énergie d'une systole auriculaire ayant lieu pendant la diastole ventriculaire (2),

(1) Nous avons vu que l'élévation du levier de l'aorte éprouvait un léger retard sur l'élévation du levier du cœur, mais que les deux leviers atteignaient eusemble leur summum de hauteur et qu'ils redescendaient ensemble.

(2) M. Beau dit avoir constaté les faits suivants dans deux expériences dont l'a rendu témoin M. Raynal, professeur à l'École d'Alfort : « L'oreillette se contracte d'une manière manifeste, et puis immédiatement après, apparaît le battement ventriculaire, qui présente plusieurs choses à considérer. Le ventricule fait éprouver alors au doigt qui le touche un choc énergique, en quelque point de la surface ventriculaire que le doigt soit appliqué, soit en avant, soit en arrière. Si on embrasse le ventricule avec les deux mains, l'on sent et l'on voit que les mains sont vivement écartées l'une de l'autre, dans quelque sens qu'elles soient appliquées l'une vis-à-vis de l'autre. On constate donc de la manière la plus manifeste que le ventricule présente en ce moment une augmentation de tous ses diamètres. On constate aussi que cette ampliation de volume est précisément isochrone avec le choc que nous avons dit être perçu par le doigt appliqué sur la surface ventriculaire. Après ce mouvement simultané de choc au doigt et d'ampliation de volume, le ventricule subit un retrait rapide de son volume [qui est la systole], et le battement ventriculaire est terminé. » (*De la Diastole ventriculaire dans l'ordre de succession des mouvements du cœur*. In *Gazette des hôpitaux* pour l'année 1861, p. 386.)

« M. Chauveau ne veut pas que la diastole ventriculaire ait lieu, comme je l'admets, dans la première moitié du battement ventriculaire entre la systole de l'oreillette et la systole du ventricule ; il la place sans hésiter dans le repos du ventricule, sans en donner la raison et la

condition de temps sans laquelle la théorie de M. Beau ne saurait subsister.

M. Beau a-t-il démontré, d'ailleurs, la force de la systole auriculaire?

A-t-il démontré l'existence de la systole veineuse ?

Cette double systole fût-elle démontrée, a-t-elle lieu au moment qui lui a été assigné par M. Beau?

Comment M. Beau peut-il défendre encore sa théorie des bruits du cœur, lorsque celle de Rouanet a reçu la sanction de l'expérimentation et de la clinique?

Au lieu de coïncider avec la systole auriculaire, et, par suite, avec la diastole ventriculaire, le premier bruit qui est dû à la tension brusqué des valvules auriculo-ventriculaires coïncide, au contraire, avec la systole ventriculaire, et, partant, avec la diastole auriculaire.

M. Bouillaud reproduit ici les faits qu'il a déjà cités pour prouver cette coïncidence. (Voy. l'énumération de ces faits à la p. 290 du t. XXI.)

M. Beau, ajoute ensuite l'orateur, fait coïncider le deuxième bruit avec la diastole auriculaire, et, par conséquent, avec la systole ventriculaire. Ce bruit s'opère, au contraire, pendant la diastole ventriculaire, et, par conséquent encore, pendant la systole auriculaire. Ce second bruit est le résultat du claquement des valvules sigmoïdes brusquement redressées au moment de la diastole ventriculaire et de la réaction de l'aorte sur la colonne sanguine qu'elle contient.

Le choc de la pointe du cœur contre la poitrine ne suppose pas nécessairement la dilatation des ventricules; il a lieu par un déplacement de haut en bas de la masse tout entière.

Le cœur, d'après l'ingénieuse théorie proposée par M. Hiffelsheim, théorie à laquelle M. Delaunay a donné son approbation (Académie des sciences, séance du 9 mai 1864), le cœur bat parce qu'il recule, ou, en d'autres termes, par ce qu'il repousse.

Dans les rétrécissements auriculo-ventriculaires, un pouls veineux dans les jugulaires s'ajoute souvent au souffle du premier temps. Donc, la systole ventriculaire a lieu au premier temps.

Dans l'insuffisance des valvules aortiques, il se produit un souffle au second temps. C'est donc dans la diastole ventriculaire qu'a lieu le

preuve..... Mais il est impossible d'observer la moindre ampliation sur le ventricule du cheval pendant tout le temps du repos [*lisez :* tout le temps qui s'écoule entre une contraction ventriculaire et le retour d'une contraction auriculaire]. Il est en ce moment comme celui de la grenouille en retrait, complétement immobile, et par conséquent vide de sang. » (*Ibidem*, p. 390.)

souffle, sans que rien soit changé dans le nombre et dans le rhythme des mouvements du ventricule gauche.

M. Beau admet également le souffle au second temps. Ce seul fait devrait renverser sa théorie. Pour la conserver, il préfère admettre deux diastoles ventriculaires, l'une normale, au premier temps, due à la contraction de l'oreillette ; l'autre, anormale, au second temps, due à la contraction des parois de l'aorte.

M. Bouillaud fait, à ce propos, les réflexions suivantes : y a-t-il deux diastoles aussi dans le ventricule droit, bien que les valvules pulmonaires soient saines ? Si oui, comment le sang peut-il produire la seconde, puisqu'il trouve les valvules hermétiquement fermées ? Si non, qu'est-ce qui se passe dans la circulation intra-cardiaque, lorsque l'un des ventricules n'offre qu'une diastole et que l'autre en offre deux ?

Dans l'insuffisance de la valvule tricuspide, on observe encore un pouls veineux qui résulte du reflux du sang dans l'oreillette et dans les veines dont elle reçoit le sang, les veines jugulaires entre autres. Cette pulsation et le bruit de souffle qui l'accompagne arrivent au premier temps et sont isochrones au pouls artériel. Ils sont l'effet de la systole ventriculaire.

Malgré la rapidité des mouvements du cœur, la diastole ventriculaire suit de près la systole ventriculaire. On les distingue l'une de l'autre à la vue et au toucher.

En admettant, avec M. Beau, que la durée d'un battement complet constituât une mesure à trois temps, le premier bruit devrait correspondre à la systole ventriculaire, et le deuxième à la diastole ventriculaire également.

Au lieu de cela, M. Beau veut « que la dilatation ventriculaire (cause du premier bruit) étant comme le centre de ce mouvement composé et rapide qui commence par la contraction de l'oreillette et finit par la contraction du ventricule, il s'ensuive que tout ce mouvement se fasse dans le premier temps, puisqu'il se rattache au premier bruit. »

Mais, ajoute M. Bouillaud, il y a deux bruits parfaitement distincts pendant la série de ces mouvements.

XI

DISCOURS DE M. BARTH (1).

M. Barth croyait la question des mouvements du cœur résolue par les expériences de MM. Chauveau et Marey ; M. Beau seul ne l'a pas cru.

(1) Séance du 21 juin 1864, p. 886 à 901 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

Est-on en droit d'opposer quelques observations faites sur des grenouilles à des expériences nombreuses faites sur des mammifères de toute taille et de toute espèce ?

L'orateur ne pense pas que l'oreillette ait l'énergie que M. Beau suppose ; il n'a pas vu la cavité de l'oreillette s'effacer tout entière. D'ailleurs, une contraction complète de l'oreillette droite ferait subir aux deux veines caves, en les attirant vers elle, un déplacement considérable, et l'oreillette gauche attirerait vers elle les deux poumons, en rapprochant de son centre les quatre veines pulmonaires.

M. Barth n'a vu de contraction un peu énergique que dans les appendices auriculaires libres de toutes parts ; ils sont d'ailleurs pourvus de faisceaux musculaires évidents. On comprend qu'ils soient doués d'une contraction que n'a pas le corps des oreillettes. Les ventricules, au contraire, sont épais, musculeux et libres dans le péricarde, ils ont un point d'appui, une résistance à vaincre, une tendance au recul.

De ce que l'oreillette se contracte encore, après que le ventricule ne se contracte plus, cela ne prouve point la prééminence de la première cavité sur la seconde.

Pour ne pas accorder autant de puissance contractile à l'oreillette que le fait M. Beau, M. Barth ne supprime pas pour cela l'oreillette. M. Beau supprime presque le ventricule, quand il dit qu'il n'est en quelque sorte que le commencement du tube artériel.

Le ventricule est le véritable instrument de projection du sang. Par son rôle de réservoir contractile (1), l'oreillette permet au cours du sang veineux de n'être jamais interrompu.

M. Beau a admis dans les veines qui se rendent aux oreillettes une grande énergie de contraction. Pourquoi donc alors le sang refluerait-il dans les veines jugulaires dans certains cas d'insuffisance (2) de la valvule tricuspide, lors de la systole ? Si cette contraction des orifices veineux existait pendant le temps de la systole des oreillettes, le cours du sang dans les veines caves et pulmonaires devrait être suspendu, tandis que la veine cave supérieure à laquelle on a fait une plaie sur un animal vivant laisse voir un jet de sang continu. Le sang entre donc par un flux non interrompu et sans bruit dans l'oreillette; il entre aussi dans le ventricule.

M. Beau veut au contraire que le ventricule reste vide pendant tout le temps de repos, il est selon lui *rétracté par tonicité*.

(1) Les oreillettes étaient aussi pour Harvey, nous l'avons déjà vu, des réservoirs contractiles.

(2) Voyez la note de la p. 262 du *Traité d'auscultation* de M. Beau.

M. Beau compare cette rétraction à celle du sphincter de l'anus, par exemple, et à celle du pharynx. L'analogie eût été plus grande, s'il eût comparé le ventricule à la vessie. Celle-ci est à peine contractée, que l'urine lui arrive goutte à goutte et la dilate par degrés.

M. Barth nie donc le resserrement des ventricules dans le temps de repos du cœur. Les valvules sigmoïdes seraient inutiles, si les ventricules restaient contractés après leur systole. Ces valvules sont-elles insuffisantes ou adhérentes, il s'établit un reflux du sang, qui se traduit par un bruit de souffle qui remplace le second bruit du cœur. M. Beau admet implicitement ce reflux, car pour expliquer le bruit de souffle, il admet une second diastole.

Il n'y a pas aux orifices auriculo-ventriculaires de valvules analogues aux valvules sigmoïdes qui puissent empêcher le sang de couler dans les ventricules aussitôt après leur systole.

La section de la pointe du cœur, dont a parlé M. Beau, et qui l'a conduit à dire que le sang ne sort des cavités du cœur qu'immédiatement après la contraction auriculaire, se rapporte à cette expérience faite par Harvey au moment où les ventricules n'exécutaient plus aucun mouvement, alors que les oreillettes leur survivaient. Mais lorsque le cœur battait avec vigueur, Harvey voyait le sang jaillir au dehors à chaque contraction ventriculaire (1).

MM. Chauveau et Faivre ont vu la même chose sur de grands mammifères; ils ont vu de plus le sang s'écouler en nappe pendant la contraction des oreillettes.

M. Barth a constaté un écoulement de sang continu, qui augmentait au moment de la contraction des oreillettes. L'expérience invoquée par M. Beau ne prouve point que le ventricule se remplisse uniquement par la contraction auriculaire.

Si le cœur ne se dilatait que par l'effet du sang, il ne se contracterait plus quelque temps après la mort (2). Les deux bruits normaux ont le caractère du véritable claquement.

(1) Nous avons cité plus haut le passage auquel il est ici fait allusion.

(2) « Une puissance étrangère, qui pousse en dehors les parois du cœur, est absolument nécessaire; or, cette puissance est dans le sang qui aborde sans cesse dans les oreillettes et les ventricules; plus elle aura de force, plus leurs parois seront écartées et étendues. Si elle manque, toute dilatation manquera Les cœurs qu'on arrache et qui battent encore, se contractent ou se concentrent; ils se relâchent ensuite sans se dilater; c'est-à-dire qu'ils sortent seulement d'un état forcé, pour reprendre leur état naturel, qui est le relâchement. » (Senac, *Traité de la structure du cœur*, t. II, p. 24, 2e édit., in-4. Paris, 1774.)

Les vivisections sur les animaux l'ont mis en évidence pour le second bruit ; c'est moins bien démontré pour le premier. Le second bruit se convertit en souffle, lorsque les valvules sigmoïdes sont détruites ou insuffisantes.

Les deux bruits qu'on entend dans les artères carotides, le second étant plus sensible, autorisent à les faire dépendre des valvules.

Les pulsations du pouls, objectait M. Beau, suivent le choc et le premier bruit. Cela est vrai; mais cet intervalle s'efface de plus en plus, à mesure qu'on se rapproche des artères du cœur.

Dans les anévrysmes aortiques, on peut constater la coïncidence de la pulsation artérielle avec le choc et le premier bruit. Il faut donc en conclure que le choc et le premier bruit sont dus à la systole.

Dans le cours de certaines maladies du cœur, on observe des ondulations dans les veines jugulaires. La circulation du sang de l'oreillette droite dans le ventricule droit est donc gênée.

Dans l'insuffisance de la valvule tricuspide, on voit une pulsation se répétant plus ou moins régulièrement comme le pouls radial, cette ondulation est due au reflux du sang.

Donc, les orifices veineux ne se ferment pas.

Les ondulations peuvent se répéter trois ou quatre fois, d'après l'observation de M. Dechambre, sans altération des bruits normaux; cela prouve que le second bruit ne se passe point dans l'oreillette droite.

Sur 50 bruits de souffle râpeux (M. Barth s'exprime ainsi pour distinguer ces bruits du souffle doux de la chlorose), 45 au moins sont dus aux altérations des valvules.

C'est en gênant le cours du sang à travers les orifices cardiaques, soit dans le *rétrécissement* des orifices, soit dans l'*insuffisance* des valvules, qu'a lieu le bruit anormal.

A quel moment ce bruit se produit-il ? S'il s'agit du rétrécissement aortique, c'est au moment où le cœur se contracte. C'est donc au moment du premier bruit du cœur qu'il masque plus ou moins complétement ou qu'il remplace.

Dans la théorie de M. Beau ce bruit morbide devrait venir après le premier bruit normal et se produire sans que celui-ci cessât d'être entendu.

— « Le cœur se contracte encore et se durcit, a dit M. Verneuil (p. 11 de sa thèse sur la *Locomotion du cœur*), mais lorsque la contraction cesse, il s'affaisse, se ramollit, *mais il ne se dilate pas.* »

— « La répulsion qu'on éprouve lorsqu'on touche un cœur extrait de la poitrine, a dit P. Bérard (t. III, p. 610 de son *Cours de physiologie*), a lieu au moment de la systole, et non au moment de la diastole. »

Dans l'insuffisance aortique, il se produit un souffle qui remplace le second bruit cardiaque. Le souffle a lieu au moment où le sang artériel retombe sur les valvules aortiques.

Pour M. Beau ce souffle serait *indépendant* du second bruit normal. Dans ce cas, le bruit normal et le souffle devraient s'entendre à la fois. Or, le second bruit normal se produit pour M. Beau dans l'oreillette. Le moment de sa production précéderait donc le moment du souffle de tout le temps que mettrait le sang à passer de l'oreillette dans le ventricule, du ventricule dans l'aorte et de l'aorte sur les valvules sigmoïdes.

Valvules et orifices auriculo-ventriculaires. Si les valvules tricuspide et mitrale sont épaissies, indurées, de manière à briser la colonne sanguine au moment de la contraction ventriculaire, si surtout l'altération permet le reflux du sang, il se produit un bruit de souffle isochrone au choc du cœur. M. Beau l'attribue au passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, lors de la systole de l'oreillette.

Quand l'orifice auriculo-ventriculaire est simplement rétréci, sans que la valvule soit insuffisante, ce souffle n'est pas aussi constant qu'il l'est dans le rétrécissement aortique. Il n'en serait pas ainsi, si la contraction auriculaire était aussi énergique que M. Beau le prétend. Si le souffle est si rare, c'est que le sang coule lentement de l'oreillette dans le ventricule. Lorsque le souffle se produit alors exceptionnellement, ce bruit précède immédiatement le claquement normal. C'est le bruit présystolique; il correspond au moment où l'oreillette hypertrophiée lance dans le ventricule l'ondée qui achève de le remplir. Ou bien le souffle se produit après le premier bruit et après la contraction ventriculaire et correspond au second bruit normal, c'est-à-dire à l'entrée du sang dans le ventricule au moment de la diastole. M. Beau n'admet pas la réalité de ce souffle au second temps.

Nous avons donc les bruits systolique, présystolique, périsystolique, selon que le souffle remplace le premier bruit, le précède ou le termine.

Tous ces bruits se produisent pour M. Beau au premier temps.

Donc, les bruits normaux peuvent être attribués, et certainement le deuxième, au claquement des valvules. Les bruits morbides sont dus le plus souvent aux altérations des valvules.

Le ventricule ne reste pas resserré après sa contraction, le sang y aborde, dès que sa systole est terminée. Les orifices des veines caves et pulmonaires ne se ferment pas complétement pendant la contraction des auricules; le sang arrive continuellement aux oreillettes. La dilata-

tion des ventricules n'est pas uniquement le résultat d'une contraction énergique des oreillettes ; il n'y a, au contraire, de contraction énergique que dans le ventricule. Cette contraction est le véritable agent du choc précordial.

Tous les tracés de MM. Chauveau et Marey démontrent la coïncidence du choc et de la systole ventriculaire. Seul M. Beau ne veut pas voir ce que ces tracés montrent si clairement. L. Mailliot.

— La fin au prochain numéro. —

VARIÉTÉS

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA DÉCADENCE.

Pendant que les médecins de l'école de Hahnemann enrichissent chaque jour la thérapeutique et perfectionnent de plus en plus la matière médicale expérimentale ; leurs adversaires obstinés semblent prendre à tâche l'abaissement continu de l'art de guérir. Le mépris des notions traditionnelles les plus généralement acceptées, l'expérimentation audacieuse et sans frein sur les malades constituent les traits les plus saillants de cette thérapeutique qui n'a plus pour règle que le caprice et la fantaisie.

Le traitement de la pneumonie semble, je ne sais pour quelle raison, le terrain choisi pour toutes ces expérimentations coupables. Il y a bien peu de temps, nous faisions connaître dans ce journal les résultats désastreux de l'expectation dans le traitement de la pneumonie ; aujourd'hui nous avons à signaler les entreprises téméraires de M. Béhier, qui veut marquer son élévation au professorat par l'importation d'une méthode anglaise, dont le résultat le plus net est un mort sur quatre malades dans le traitement de la pneumonie. Il existe dans notre pays une classe nombreuse de médecins toujours prêts à l'admiration des importations anglaises ou allemandes, quelle que soit d'ailleurs la valeur intrinsèque de ces innovations. Prenez telle niaiserie d'anatomie microscopique que vous voudrez, ou telle excentricité thérapeutique que vous pourrez imaginer, pourvu que l'une et l'autre soient signées d'un nom à terminaison tudesque ou anglo-saxonne, vous êtes certain de son succès.

Donc, un certain Todd, suivi par Anstie, Brinton, Kirkes, Flint, Inmman et autres très-connus.... de l'autre côté du détroit, ayant découvert que l'alcool était une substance très-nourrissante, ont entrepris d'appliquer cette substance au traitement des maladies aiguës, et M. Béhier s'est

hâté de nous faire jouir de cette précieuse découverte qui, à cause de son origine étrangère, a été immédiatement acclamée par les médecins dont nous parlions tout à l'heure.

Cette découverte consiste à prescrire l'eau-de-vie à la dose de 80 à 200 et 300 grammes étendue dans 80 à 120 grammes d'eau édulcorée. Cette potion est administrée par cuillerée à bouche toutes les deux heures.

M. Béhier n'a pas encore toutes les qualités d'un bon *expérimentateur* (ce mot tend à remplacer le mot observateur, si prôné il y a peu d'années); car, pour une raison quelconque, il a jugé à propos d'administrer concurremment avec l'eau-de-vie l'acétate d'ammoniaque au cinquième des malades en expérimentation, ce qui ôte une grande valeur à ses faits.

45 malades ont subi ce mode de traitement : 35 pneumonies, 5 fièvres typhoïdes, 4 rhumatisants et une femme en couche.

3 rhumatisants sur 4 se sont bien trouvés de cette médication. La *Gazette médicale* (1), à laquelle nous empruntons ces détails, ne nous dit pas ce qu'est devenu le quatrième. La femme en couches s'est bien trouvée elle aussi de *ses petits verres ;* seulement le diagnostic, ici fort nécessaire, indispensable même, manque complétement.

M. Béhier avoue n'avoir retiré aucun bon effet de l'eau-de-vie dans le traitement de la fièvre typhoïde. Cette méthode n'a été appliquée qu'à 5 malades; on ne nous dit pas combien de morts, combien de guéris.

Les malades atteints de pneumonie sont au nombre de 35 ; ils ont été choisis avec soin, au moins on nous le fait pressentir, et cependant il en est mort 8, presque 1 sur 4.

Voilà les résultats que donne en thérapeutique l'oubli de la règle joint au mépris du malade. P. Jousset.

UN AUXILIAIRE IMPRÉVU DE L'HOMOEOPATHIE, M. LE DOCTEUR DIDAY.

Dans la *Gazette médicale de Lyon*, numéro du 1er mai, p. 206, M. le Dr Diday écrit ce qui suit :

« Subissant la loi d'évolution de toutes les erreurs, l'homœopathie perd sensiblement du terrain dans la confiance publique. Plusieurs de nos confrères, à Lyon, ont remarqué qu'ils sont maintenant appelés dans des familles où, jusqu'ici, on n'avait cru qu'en Hahnemann.

« Une autre preuve du déclin des infinitésimaux, c'est qu'ils devien-

(1) No 15, p. 222.

nent en faveur dans les pays où la mode a coutume de se réfugier en quittant les nations plus éclairées. En Espagne, le ministre d'État a, *pour faire un essai*, créé une chaire de clinique homœopathique, à Madrid. »

En émettant ces deux assertions relatives à l'homœopathie, M. Diday se trompe étrangement : c'est ce que je vais démontrer.

I

M. Diday affirme qu'à Lyon l'homœopathie est en décroissance et que ses clients l'abandonnent pour retourner aux médications classiques. C'est plutôt le contraire qui a lieu. Pour le prouver, il me suffit de raconter les progrès de la thérapeutique nouvelle pendant ces quinze dernières années et d'exposer l'état de l'homœopathie à Lyon, d'une part, en 1850, et, de l'autre, en 1865. Je le ferai très-brièvement.

En 1850, Lyon avait 7 médecins homœopathes.

En 1865, Lyon compte 10 médecins homœopathes.

En 1850, Lyon avait 2 dispensaires homœopathiques hebdomadaires donnant, chaque année, deux mille consultations.

En 1865, Lyon compte 3 dispensaires homœopathiques hebdomadaires donnant, chaque année, quatre mille consultations.

En 1850, Lyon n'avait qu'une pharmacie mixte, moitié allopathique, moitié homœopathique.

En 1865, Lyon a une pharmacie spéciale, exclusivement homœopathique.

Nous l'avons vu, le nombre des malades traités dans les dispensaires homœopathiques est deux fois plus considérable en 1865 qu'en 1850.

Quant aux malades traités par les médecins homœopathes dans leur pratique privée, le nombre en a au moins doublé depuis quinze ans. A Lyon, en effet, on trouve bien peu de familles dont quelques membres n'aient suivi ou ne suive encore le traitement homœopathique. On y recourt très-fréquemment dans les. cas graves. Les prétendus incurables de la ville et des six départements circonvoisins en essaient si souvent avec succès, que ce sont eux qui contribuent le plus à augmenter la clientèle de l'homœopathie.

« Plusieurs de nos confrères, à Lyon, ont remarqué, dit M. Diday, qu'ils sont appelés maintenant dans les familles où, jusqu'ici, on n'avait cru qu'en Hahnemann. »

Quelques partisans de l'homœopathie retournant à l'allopathie, c'est une exception aux yeux même de M. Diday, puisqu'il se plaît à le constater comme un triomphe.

Mais les partisans de l'allopathie passant à l'homœopathie, c'est depuis trente ans, à Lyon, un fait tellement commun, tellement journalier, qu'on n'en parle même pas. Il faut une occasion comme celle-ci pour que je songe à le constater publiquement.

Je pourrais même ajouter, au grand scandale des intéressés, que, sur les 120 pharmaciens allopathes et les 300 médecins allopathes de Lyon, la plupart comptent, dans leur parenté, des clients de l'homœopathie.

Dans la ville de Lyon, qui compte 300,000 âmes et 300 praticiens allopathes, il n'y a — faible minorité — que 10 médecins homœopathes, isolés, sans titres, sans places, n'ayant pas de services dans les hôpitaux, pas de chaire à l'École de médecine. Et néanmoins les progrès de leur clientèle et leur influence dans la pratique civile sont bien considérables, puisqu'ils empêchent M. Diday de dormir.

Car, chacun le sait, M. Diday, comme rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Lyon*, etc., etc., se croit chargé de veiller au salut des malades, et surtout aux intérêts professionnels de ses confrères. On le reconnaît bien vite en l'entendant si souvent sonner l'alarme et répéter, sous des formes variées, le triste et imprudent aveu échappé à son collègue, le Dr Amédée Latour, dans *l'Union médicale*, en 1853 :

« Mes chers confrères, l'homœopathie *gagne du terrain ; le flot monte, monte à vue d'œil*... De temps en temps nos sociétés médicales voient s'éloigner de leur giron des membres jusque-là restés fidèles. Le mois dernier encore, une des sociétés a été affligée par une lettre de démission, basée sur une désertion vers l'homœopathie et adressée par un confrère qui avait donné des gages à la science sérieuse. *Où allons-nous? où allons-nous?* »

A Lyon, comme à Paris et comme partout, médecins et malades vont à l'homœopathie.

Lecteurs, vous comprenez maintenant pourquoi M. Diday ne dort plus et sonne si souvent l'alarme.

II

« Une autre preuve, ajoute M. Diday, une autre preuve du déclin des infinitésimaux, c'est qu'ils deviennent en faveur dans les pays où la mode a coutume de se réfugier en quittant les nations éclairées. En Espagne, le ministre d'État a, *pour faire un essai*, créé une chaire de clinique homœopathique, à Madrid. »

Pour démontrer à M. Diday que l'homœopathie, loin de quitter les nations éclairées, s'y développe très-rapidement, au contraire, je vais lui exposer quel est son état actuel, son personnel, dans trois pays qui

passent, avec raison, pour très-avancés : les États-Unis, l'Angleterre et l'Allemagne.

Les 1,300 médecins homœopathes des États-Unis ont aujourd'hui 6 journaux, 20 sociétés médicales, 4 hôpitaux et 2 écoles de médecine pourvues d'un personnel professoral complet pour l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie, de la chimie et toxicologie, de la chirurgie, de l'obstétrique, de médecine clinique, etc., etc.

Les 300 médecins homœopathes de l'Angleterre possèdent actuellement 2 journaux, 8 sociétés médicales, 65 dispensaires et 5 hôpitaux, dont 2 à Londres pour l'enseignement clinique.

Les 600 médecins homœopathes de l'Allemagne ont aujourd'hui 5 journaux, 11 sociétés médicales et 10 hôpitaux (1).

Pour montrer l'extension rapide de la thérapeutique nouvelle, il me suffit de rappeler les dates de la fondation des trois hôpitaux homœopathiques existant actuellement à Vienne, dont l'école médicale a une réputation universelle.

En 1832, fondation de l'hôpital de Gumpendorf avec clinique homœopathique.

En 1850, fondation de l'hôpital de Léopoldstadt avec clinique homœopathique.

En 1860, fondation de l'hôpital de Sechshaus, renfermant 160 lits.

CONCLUSION

M. Diday, en me fournissant l'occasion de faire connaître l'extension rapide de la médication hahnemannienne à Lyon, et, en général, chez toutes les nations éclairées, M. Diday se montre implicitement très-favorable à l'homœopathie. Je l'en remercie et je l'engage à continuer.

Dr GALLAVARDIN, de Lyon.

BULLETIN

LECTURES PUBLIQUES SUR L'HOMOEOPATHIE

par le professeur IMBERT-GOURBEYRE (2).

Encore un converti, et qui s'en fait gloire, et qui, de plus, fait honneur à la cause qu'il embrasse ! M. Imbert-Gourbeyre, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Paris, professeur de matière médicale à l'école de

(1) Pour de plus amples renseignements sur l'état de l'homœopathie dans le monde entier, consulter *l'Annuaire homœopathique* de MM. Catellan, 2e édit., 1863.

(2) In-8. Chez Baillière.

Clermont-Ferrand, et, comme il le dit lui-même, « académicien de quelques académies », connu par de remarquables travaux de thérapeutique, vient de donner une série de lectures publiques *sur* ou plutôt *en faveur* de l'homœopathie. Le recueil de ces lectures forme un livre très-intéressant qui vient de paraître. Le succès, j'allais dire le scandale des leçons de M. Imbert, a été complet. Autorisé par le ministre de l'instruction publique, entouré et applaudi de ses collègues, des autorités du département, d'un public nombreux et intelligent, le professeur a fait, en homme compétent, dans le palais des Facultés de Clermont, une exposition de la réforme de Hahnemann, avec une lucidité, une verve, une impartialité, une indépendance, auxquelles ont dû rendre justice ses propres adversaires.

Cette déclaration de principes, cette profession de foi d'un homme d'une pareille valeur est un événement. Elle continue cette suite de conversions et de courageux hommages dont l'homœopathie, quoique bien jeune encore, a été l'objet de la part de tant d'hommes de mérite.

M. Imbert, en faisant ces lectures et en publiant son livre, a fait une bonne œuvre et une bonne action. Il a mis dans le plateau de la balance en faveur d'une vérité trop méconnue, le poids de son talent, de son savoir et de son autorité. Sorti de la même école, nourri de la même doctrine et sous les mêmes inspirations que les rédacteurs de ce journal, il s'est fait une existence et une situation scientifique à part. Il a vécu longtemps de sa vie propre, il a guerroyé, comme il le dit quelque part, *en plein camp allopathique ;* mais, il faut le reconnaître, il marchait toujours vers un but qui nous était commun. Aussi avons-nous salué et saluons-nous aujourd'hui avec une joie sans mélange la *jonction* définitive avec ses vieux compagnons d'armes, opérée par cet important allié sur un terrain commun et sous le même drapeau.

« Il y a quinze ans, dit-il, que je suis sur la brèche pour défendre la vérité, à propos d'une question de médecine. En me donnant cette mission, j'ai été disposé, dès l'origine, à suivre toutes les juridictions en faveur de ma cause. C'est pourquoi je viens la porter à votre tribunal. » Et de fait, les lectures de M. Imbert, adressées à un auditoire mixte, de médecins et de gens du monde, sont de nature à profiter à tous, parce qu'elles exposent et résolvent la question d'une manière à la fois élémentaire et savante.

Il commence par établir l'état de la question, ce fait regrettable de la séparation des médecins en deux écoles rivales et passionnées ; il

signale leurs préjugés et leurs erreurs; il montre par où l'on pourrait les réconcilier, et s'il défend énergiquement les homœopathes, c'est à la condition d'être non-seulement leur *avocat*, mais leur *juge*.

Aussi, en racontant la vie, les grands travaux, la mémorable découverte de Hahnemann, il fait justice de ses déclamations, de ses hyperboles et de ses erreurs. L'homœopathie, pour M. Imbert, c'est tout simplement une méthode thérapeutique qui fait dériver l'emploi des remèdes de leurs propriétés physiologiques, d'après une loi particulière, nommée loi des semblables ou loi de similitude, et qui en outre emploie le plus souvent ces remèdes à des doses très-minimes, qu'on appelle infinitésimales.

Tel est le fait immense qu'a proclamé Hahnemann, que l'expérience a vérifié depuis plus de soixante ans dans les deux mondes, que la tradition elle-même confirme, qu'a consacré le témoignage de milliers d'expérimentateurs et de médecins. Le café cause et guérit l'insomnie, le tabac détermine le vertige et le guérit. L'ipécacuanha purge et remédie à la dysentérie; il en est de même du calomel. Le mercure produit l'angine et la stomatite, et le mercure est le remède de ces deux affections. L'empoisonnement par l'arsenic ressemble au choléra, et l'arsenic peut guérir le choléra. La fleur d'oranger donne et guérit certains accidents nerveux. — La belladone, qui produit une éruption scarlatiniforme, préserve de la scarlatine. L'inoculation du cowpox, qui produit la vaccine, et le vaccin, qui la reproduit, préservent de la petite vérole. —Le soufre, l'arsenic, les cantharides, provoquent des éruptions cutanées et sont d'héroïques remèdes contre certaines affections de la peau. L'arsenic et le quinquina, qui sont *fébrigènes*, sont fébrifuges. «On ne peut toucher au moindre médicament..... sans rencontrer à chaque pas la démonstration de la loi de similitude.....; la loi des semblables sort des entrailles mêmes de l'observation.» En effet, les mêmes mots dans les langues anciennes expriment l'idée de *poison* et de *médicament : ce qui tue peut guérir, ce qui est morbigène est morbifuge*. « Dieu, dit Van Helmont, n'a pas voulu que les poisons fussent pour nous des agents nuisibles. Il n'a pas fait la mort ni le poison pour nous tuer; mais il a voulu que, par notre industrie et notre science, les poisons fussent changés en des gages de son amour, dans l'intérêt de l'humanité et pour combattre les maladies..... »

La loi des semblables, en effet, touche non-seulement au monde phy-

sique, mais encore au monde mystique (1); « elle parait, suivant le professeur de Clermont, une de ces grandes lois harmoniques auxquelles Dieu a subordonné la création tout entière. »

Cependant, quelle que soit la grandeur et l'importance de cette loi, M. Imbert ne s'en laisse pas éblouir; il la réduit, en médecine, au rôle d'une *question de thérapeutique.* « Il n'est, dit-il, ni homœopathe, ni allopathe; il est médecin..... Ainsi, par exemple, dit-il, je suis en communion avec la majorité sur la chimie, la physique, l'histoire naturelle, sur la physiologie, la pathologie et même la thérapeutique générale; seulement sur le terrain de la thérapeutique spéciale, en matière médicale ou pharmacodynamie, je me sépare de la majorité et j'accepte la réforme hahnemannienne. — Après avoir donné tant de gages à l'orthodoxie, on peut bien, ce me semble, me passer cette fantaisie d'hérétique, si toutefois il y a hérésie sur un terrain qui, d'après nos plus grandes illustrations médicales, n'est que le terrain du chaos, des contradictions et de l'erreur. Il est bien permis, dans de telles conditions, d'aller chercher la vérité là où elle se trouve. »

La tentative est d'autant plus légitime, qu'à vrai dire, la loi des semblables est aussi ancienne que le monde médical, comme le prouvent les deux célèbres axiomes d'Hippocrate : *Similia, similibus curantur;— vomitus vomitu curatur*. Ce qui fait dire à M. Imbert avec une certaine ironie gauloise : « Vous le voyez, confrères, nous remontons bien haut; le père de la médecine a été le premier homœopathe du monde. Notre noblesse scientifique se perd dans la nuit des temps, la vôtre ne date surtout que de Galien..... Pour nous, nous existions plus de quatre cents ans avant Jésus-Christ. Donc, allopathes, dans la grande famille médicale, vous n'êtes évidemment que nos cadets. »

Les anciens avaient une connaissance approfondie des poisons. De plus, ils avaient toute une classe de médicaments, les alexipharmaques qu'ils opposaient aux prétendus poisons morbides. Il y avait là, au fond, une idee homœopathique.

(1) Nous recommandons au lecteur les considérations originales et élevées de notre auteur sur ce sujet réservé, qui ne seront peut-être pas du goût de tout le monde, mais qui ne sauraient déplaire à des chrétiens. On y remarquera surtout le symbole du serpent image de mort et de salut, emblème de l'art de guérir; et aussi ces paroles qu'on lit dans l'office de la Passion : *Qui salutem humani generis in ligno crucis constituisti; ut undè mors oriebatur, indè vita resurgeret, et qui in ligno vincebat, in ligno quoque vinceretur.*

C'est Galien qui fit dévier le courant homœopathique qui remontait à Hippocrate; il est le propagateur de la loi des contraires, fondée sur la fausse théorie physique et physiologique des quatre éléments. C'est encore à lui, malgré les grands services qu'il a pu rendre d'ailleurs à la médecine, qu'on doit la polypharmacie, cette plaie de la thérapeutique.

Galien régna quatorze cents ans; mais Paracelse vint énergiquement protester contre le *contraria*. Avant lui, un moine bénédictin, Bazile Valentin, dans son *Currus triumphalis antimonii*, avait déjà dit : « Oui, l'antimoine est un poison; mais sachez bien que le poison attire le poison, et que *la nature aime les semblables* et *repousse les contraires*. Il en est de même des membres gelés, où l'on ramène la chaleur par l'application de la neige et du froid. »

En même temps que Paracelse, Jérôme Cardan combattait l'ancienne indication galénique, et montrait qu'elle n'était pas d'une application générale; mais c'est à Paracelse qu'appartient l'honneur d'avoir été le véritable précurseur de Hahnemann. « C'est le semblable qui guérit le semblable, s'écriait-il, *simile suum simile curavit*..., ce qui donne la jaunisse doit aussi la guérir. Le médicament qui doit guérir la paralysie, il faut aller le chercher parmi ceux qui la donnent. » Sans doute, il y a bien à reprendre à cet esprit bizarre : il donna dans le travers de la cabale et dans le système des *signatures ;* mais il connut les effets de plusieurs remèdes sur l'homme sain; il décrivit les symptômes caractéristiques de l'antimoine, du soufre et du mercure. Il administrait la 24e partie d'une goutte de médicament; pour lui, la *vertu* d'une chose opère mille fois plus que la chose elle-même, ce qui revient à dire que la vertu du médicament n'est pas en rapport avec sa quantité. De même que Hannemann et avant lui, il combattit la polypharmacie. « Quelle pitoyable manière d'administrer les médicaments, disait-il, puisqu'un remède combat l'action d'un autre remède et le rend impuissant. »

Après Paracelse, la notion de la loi des semblables ne se perdit pas. Elle était l'objet de controverses scientifiques et le sujet de thèses soutenues dans les universités. Il suffit de citer ce passage de Stahl : « La règle, dit-il, admise en médecine de traiter les malades par les remèdes contraires, est complétement fausse et absurde. Je suis persuadé, au contraire, que les maladies cèdent aux agents qui déterminent une affection semblable, *similia similibus curantur*. »

Hahnemann cite lui même ce passage C'est la seule citation qu'il fasse

pour rassurer le témoignage de la tradition ; mais il convient que *plus d'une fois on s'est approché de la grande vérité.*

Ainsi donc, la méthode homœopathique que l'illustre réformateur allemand a eu la gloire incontestable de mettre en lumière, d'asseoir sur des bases inébranlables, et de vulgariser, comme personne n'avait su le faire avant lui, cette méthode n'est pas aussi moderne qu'on le suppose généralement.

Il suffit de comparer les deux méthodes, au contact de la matière médicale, pour savoir quelle est celle qui l'emporte sur l'autre : « Substances impondérables ou massives, dit M. Imbert, tout peut être pour l'homme un agent de guérison. Quels secours bienfaisants ne recevons-nous pas sans cesse de la lumière, de la chaleur, de l'électricité ! Et la nature entière est à notre service, depuis le caillou vulgaire jusqu'à l'or précieux, depuis l'hysope jusqu'au cèdre, depuis l'insecte jusqu'au cétacé. Il existe dans le monde plus de substances médicinales que de substances alimentaires, témoignage de la Providence de Dieu. »

En présence de ces richesses inconnues ou mal connues, comment procède l'allopathe, comment l'homœopathe ? Mettez un allopathe en présence d'un remède nouveau, importé d'Amérique, par exemple. Si on lui dit, comme pour l'ipéca, venu du Brésil, que les naturels s'en servent contre la dysentérie, comme pour le quinquina, rapporté du Pérou par un jésuite, que ce médicament coupe la fièvre, il sera tiré d'embarras ; mais, s'il est privé de renseignements, ou il négligera le remède, ou s'il l'essaye, ce sera sans méthode, avec des tâtonnements infinis, qui peut-être n'aboutiront à rien et ne seront pas toujours au profit des malades. — L'homœopathe, au contraire, expérimentera ce remède inconnu sur lui-même, sur des hommes en pleine santé et de leur plein consentement ; il en notera les effets, et de la connaissance des phénomènes pathogénétiques, il conclura, grâce à la loi des semblables, à l'application de ce remède contre telle ou telle maladie.

Si c'est maintenant une maladie nouvelle qui se présente, que fera l'allopathe ? Essaiera-t-il tous les médicaments jusqu'à ce qu'il en ait découvert un bon ? Que fera l'homœopathe ? Connaissant les symptômes de la maladie nouvelle, il pourra, si elle vient d'un pays étranger, avant son invasion, et du fond de son cabinet, en formuler le traitement. — De bonne foi, entre les deux méthodes, où est la supériorité ?

Aussi l'homœopathie, née d'hier, a fait, en thérapeuthique, plus de conquêtes en cinquante ans que sa rivale en deux mille ans, par la simple raison qu'elle possède une loi, tandis que l'allopathie n'a d'autre

lumière que l'empirisme, et l'empirisme n'est pas la seule plaie de la médecine ancienne; M. Imbert en signale trois autres : le scepticisme, la fantaisie, la polypharmacie.

Après tout cela comment comprendre la guerre impitoyable faite à l'homœopathie, le mépris déversé sur ses adeptes, les persécutions dont elle est l'objet ?

En effet, les travaux même de l'ancienne école fournissent des armes contre elle. Il n'est guère de médicament bien étudié par elle qui ne puisse servir à démontrer la loi des semblables. « Ce sont les allopathes, dit M. Imbert, qui m'ont fait homœopathe; et quoique je sois sorti de leurs rangs, je n'en suis pas moins sorti de leurs flancs. » Quand Asclepiade de Bythinie voulait qu'on traitât par le vin les gens atteints de frénésie, Cœlius Aurelianus le combattait par la raison que le vin mettait les ivrognes en frénésie, et l'argumentation de Cœlius Aurelianus était fausse, comme était sans fondement l'étonnement de Hoffmann vis-à-vis de Robert Boyle, employant le mercure contre la dysentérie. Si Robert Boyle et Asclepiade avaient raison, c'était en vertu de la loi des semblables. Mille exemples pareils pourraient être cités en faveur de cette loi, dans l'histoire de la thérapeutique ancienne.

Est-ce à dire que nul ne peut être, que nul n'a jamais été un bon, un savant médecin sans être homœopathes. Non, sans doute, car, encore une fois, il y a en médecine, il y a même en matière médicale, un tel fonds de richesses traditionnelles, une telle masse de vérités acquises et dont Hahnemann lui-même a si bien profité, qu'on est en droit de lui reprocher ses invectives outrées contres l'ancienne thérapeutique; mais il n'y a pas de droit contre le droit, de vérité contre la vérité, seulement il y a des circonstances atténuantes, dont voici les principales : difficulté extrême et longueur de l'étude de la thérapeutique, médiocrité, sous ce rapport surtout, de l'enseignement officiel qui, donnant sur tout le reste des connaissances telles quelles, reste à peu près muet sur ce sujet et laisse « la colonne sans chapiteau; » enfin le chaos thérapeutique, auquel la révolution broussaisienne a mis le comble. Voilà quelques-unes des raisons qui expliquent le scepticisme et l'indifférence de nos adversaires; mais qui pourra les excuser d'avoir proscrit cette grande idée, qui consiste à comprendre le *langage* des médicaments chez l'homme sain pour le traduire en faveur de l'homme malade ? Idée qu'Hahnemann exprimait ainsi en parlant des médicaments : « les changements qu'ils déterminent dans l'état de santé n'ont pas lieu en vain et doivent certainement signifier quelque chose. Peut-être est-ce la seule langue dans

laquelle ils puissent exprimer à l'observateur le but de leur existence, » et ailleurs : « le premier devoir de l'artiste est d'avoir la connaissance la plus parfaite possible des instruments de son art. »

L'homœopathie est donc, « comme toutes les découvertes, une idée très-simple : elle consiste à connaître les propriétés positives des médicaments chez l'homme en santé pour en conclure à leur application sur l'homme malade. » Mais M. Imbert joint à la loi des semblables deux autres lois qui la complètent et l'expliquent; c'est la loi d'*électivité* et la loi de *contingence*. La première n'est pas contestable pour qui sait que chaque substance agit sur différents points de l'économie, sur divers organes, sur divers appareils, dans des conditions variables de temps, de dose, de durée, d'intensité, et suivant l'âge, le sexe, le tempérament, l'état de santé, de maladie, etc.; mais la loi de contingence est-elle vraiment une loi? Un médicament agit généralement d'une certaine façon; mais il peut ne pas agir ou présenter des différences suivant les individus; « par l'opération *chimique*, le résultat est certain et nécessaire; par l'opération *médicale*, il est incertain; il n'est que possible, c'est-à-dire contingent. » Rien n'est plus vrai; *quid quid recipitur, recipitur ad modum recipientis;* c'est un fait; mais peut-on donner le nom de loi à ce caractère d'instabilité relative qu'on retrouve dans les phénomènes pathogénétiques et curatifs des médicaments?

Du reste, fait ou loi, M. Imbert en donne des exemples très-intéressants et une raison profonde. L'homme est souvent l'artisan de ses maux : « Que serait-ce, grand Dieu, s'il avait la certitude de guérir par les remèdes de toutes les maladies qui sont à cette heure la punition de ses excès! » On peut ajouter, que si l'homme pouvait à coup sûr se guérir, il irait contre la volonté divine qui l'a condamné à la souffrance, à la maladie, à la mort. Dieu ne l'a pas permis. « Il est le maître de la santé et de la maladie, et il a voulu que l'homme s'inclinât devant son pouvoir suprême. Il a tenu à être le dispensateur de toutes les guérisons, en s'associant le médecin comme instrument et en l'élevant parfois au rôle insigne de ministre de ses grâces. » Les païens eux-mêmes appelaient les médicaments *manus Dei*, et Avicenne terminait ainsi le chapitre du traitement de chaque maladie par cette formule : *Et hoc erit bonum, si Deus voluerit*. Faut-il, enfin, rappeler la belle parole d'Ambroise Paré : *Je le pansay, Dieu le guarit?*

Les trois premières lectures du professeur de Clermont, comme on le voit, ont conclu à établir la réalité de ce quadruple axiome que les médicaments agissent *similiter*, *electice*, *contingenter et omni dosi;* c'est

là ce qu'il appelle le *quadrilatère* hahnemannien, et il prétend avec raison que dans ce *quadrilatère* la position est inépugnable. Il consacre sa quatrième leçon d'abord à faire l'histoire des aveux échappés aux médecins modernes en faveur de l'homœopathie, au célèbre Hufeland, médecin du roi de Prusse, à une des illustrations médicales de l'Italie, le D[r] Breca, au professeur Botto de la même nation, à un professeur anglais de la Faculté d'Edimbourg, à Risueno d'Amador, de Montpellier, à M. Lordat, à M. Andral lui-même, à Broussais, et enfin à M. Trousseau qui depuis.... Mais alors le professeur de Paris, tout en *substituant* un mot de son invention au mot homœopathie, en *escamotant* cette dernière, en supprimant la chose par un changement de nom, rendait une certaine justice à Hahnemann, à sa découverte et à ses travaux.

Des aveux, M. Imbert passe aux principales objections : il fait justice en particulier des ridicules expérimentations tentées à la Charité, à l'Hôtel-Dieu de Paris, et il corrige M. Trousseau de ses témérités : « S'il avait lu Murray, dit-il, M. Trousseau n'aurait point affirmé (contrairement à Hahnemann) que la rhubarbe ne donne pas la colique.... »

M. Imbert ne tombe, du reste, dans aucune exagération. Il adhère pleinement aux doctrines de *l'Art médical* et il pense comme J.-P. Tessier sur le rôle que doit jouer l'homœopathie en médecine. «Je vous abandonne Hahnemann, dit-il, comme pathologiste, mais je le retiens comme le plus grand thérapeutiste qui ait paru depuis deux mille ans (1). Je suis disposé à le condamner sur plusieurs points de doctrine.... Il existe à cette heure, parmi les homœopathes, deux camps bien distincts : le premier est le camp des homœopathes exagérés, qu'on appelle aussi les homœopathes purs; ils voient dans la doctrine du maître bien plus qu'une simple méthode thérapeuthique. Pour eux, c'est une médecine toute nouvelle appelée à renverser de fond en comble la médecine ancienne. Outre la thérapeutique, il doit y avoir une physiologie et une pathologie homœopathiques. Ces prétentions antiscientifiques n'ont pas peu contribué à arrêter les progrès de l'homœopathie. — L'autre camp est celui des homœopathes éclectiques, et c'est le plus nombreux. Ils n'acceptent les travaux du maître que sous bénéfice de contrôle et d'inventaire; ils repoussent

(1) M. Imbert ajoute en note : « La doctrine de Samuel Hahnemann peut se diviser en deux parties : la pathologie et la thérapeutique. « Terme pour terme, l'une comprend ses erreurs, l'autre ses vérités. Il y a par conséquent dans cet ensemble qu'on appelle l'homœopathie, l'hémisphère des erreurs et celle des vérités. » (J.-P. Tessier, *Recherches cliniques sur le traitement de la pneumonie et du choléra.*)



ses erreurs en pathologie. J'appartiens, pour mon compte, à cette fraction éclectique, et je ne défends l'homœopathie que réduite à sa juste valeur. — Ce procédé éclectique est le seul raisonnable ; c'est celui que pratique la science depuis l'origine de la médecine. Elle est sans cesse occupée à séparer la vérité de l'erreur. C'est ce travail.... qui constitue la vraie et légitime tradition. »

M. Imbert termine sa quatrième leçon par un remarquable passage sur les trois raisons principales qui s'opposent aux progrès de l'homœopathie : la difficulté même de la matière, la routine et la peur. Ce n'est pas le courage qui manque cependant, mais la jeunesse est déconcertée, effrayée. La persécution dure depuis Hahnemann et n'a pas encore cessé. Le professeur en a écrit l'authentique mais presque incroyable histoire. C'est un chapitre à faire rougir l'école officielle, à faire rougir surtout ces journalistes qui osent (1) parler du concours dont les homœopathes s'abstiennent, comme si ces écrivains sans pudeur ne se souvenaient pas d'avoir vu, dans la lice, quelques-uns de ces médecins suspects d'homœopathie et d'avoir contribué à les y faire impitoyablement sacrifier. Mais qu'il nous soit permis de glisser malgré leur opportunité sur ce sujet qui nous touche de trop près, et de signaler au lecteur impartial les faits si fidèlement rapportés par le professeur de Clermont et qui appartiennent désormais à l'histoire de la médecine contemporaine.

« Oui, messieurs, s'écrie M. Imbert en terminant ce triste récit, en plein XIXe siècle il y a une fraction notable du corps médical, qui, frappée de l'insuffisance et de la nullité des méthodes de guérison employées jusqu'à ce jour, a voulu écouter la voix d'un médecin illustre, qui est venu prêcher une réforme immense au profit de l'humanité ; et cette fraction intelligente et laborieuse est l'objet, de la part de la majorité, de la persécution la plus odieuse et la plus imméritée.

« Je les connais, ces persécuteurs. Ce sont les mêmes qui ont poursuivi de leur haine jalouse et ignorante Vésale, qui créa l'anatomie moderne, et Harvey, qui découvrit la circulation. Ce sont encore les mêmes qui ont persécuté Bordeu à Paris, et Fouquet à Montpellier. Ils ont proscrit autrefois l'antimoine, le mercure et le quinquina, et au lieu d'en appeler à l'expérience, ils préféraient en appeler aux parlements.

« Aujourd'hui... ils n'ont pas étudié la question, et ils veulent se poser

(1) Voyez les derniers articles de *l'Union médicale*, à propos de la pétition des ouvriers au Sénat pour la création de services homœopathiques dans les hôpitaux.

en juges éclairés et consciencieux. Ils ont été à bout d'arguments sérieux, et ils se sont mis à opprimer; ils ne pouvaient émettre des vérités contradictoires, et ils ont dénaturé et calomnié; ils n'avaient pas de force scientifique dans l'espèce, et ils en ont appelé au for extérieur; ils ne sont jamais descendus en rase campagne, mais ils se sont embusqués dans les antichambres du pouvoir, dans les bureaux des administrations et dans les échoppes des journalistes, pour écraser les homœopathes et empêcher la vérité de se faire jour. »

Nous laisserons le lecteur sous l'impression de cette juste indignation. Il pourra voir lui-même comment, dans sa dernière lecture, M. Imbert prouve la vérité, l'efficacité des doses infinitésimales à l'aide du plus simple raisonnement, de l'expérience, et d'une foule de phénomènes analogues qui passent inaperçus tous les jours devant nos yeux. La divisibilité indéfinie de la matière, la subtilité des agents impondérables, les faits d'action à dose infinitésimale qui fourmillent en physique, en physiologie, en pathologie, les effets des virus, des venins, des miasmes, les observations d'une multitude de médecins des deux hémisphères, l'identité, la capacité, la moralité de leurs témoignages, la niaiserie et la mauvaise foi des sceptiques, leurs emprunts faits aux pathogénésies à doses infinitésimales, les découvertes de la physique moderne propres à prouver la présence de molécules infiniment ténues, les procédés de MM. Bunsen et Kirkoff, les effets produits par la seule odeur de certains médicaments, M. Imbert a su grouper tout cela pour en faire sortir une démonstration lumineuse. *Corpora non agunt nisi soluta;* dites *diluta*, propose-t-il; comme la vraie formule de l'action des dilutions infinitésimales.

Enfin, ce remarquable et trop court enseignement se termine par cette légitime conclusion : « L'homœopathie n'a besoin que de la lumière; elle ne la craint pas, elle la demande. Elle réclame le grand jour, c'est-à-dire un enseignement public, et par des chaires officielles, et par la libre pratique des hôpitaux. Elle n'a d'autre obstacle à vaincre que l'ignorance et la persécution; et c'est pourquoi, tôt ou tard, elle arrivera au triomphe. »

Mais pour cela, il lui faut l'indépendance qui réalise cette belle pensée de Sarcone :

« Ars medica respublica est, in quâ quilibet medicus, illius civis, jure « gaudet idœas et cogitationes suas palàm facere. »

Que nous sommes loin encore de cette belle *république des sciences* où le médecin, libre *d'enseigner* comme de *pratiquer* son art, n'aurait

plus à compter avec les partis pris, les coalitions, les exclusions systématiques, les proscriptions avouées ou déguisées, les protestations menteuses d'impartialité, et où il pourrait enfin obtenir, pour ses principes et ses méthodes, le contrôle décisif de l'épreuve publique, sur un autre théâtre que celui de la clientèle privée!

Quoi qu'il en soit, remercions encore une fois M. Imbert-Gourbeyre, dont l'enseignement et l'exemple rappellent le type de ce *citoyen libre de la république médicale* dont parle Sarcone.

ALPH. MILCENT.

L'HOMOEOPATHIE AU SÉNAT

Au moment de mettre sous presse la dernière feuille de ce numéro, nous apprenons l'issue de la discussion du Sénat au sujet de la pétition des ouvriers de Paris, réclamant le bénéfice de la médication homœopathique dans les hôpitaux.

Nous enregistrons *le fait*, tout compte rendu, toute discussion nous étant interdits aux termes de la loi.

Le rapport de M. Amédée Thayer proposait le dépôt au bureau des renseignements. Sur les conclusions de M. Dumas et de M. le procureur général Dupin, et malgré le discours très-favorable à la pétition de M. le président Bonjean, l'ordre du jour a été prononcé.

Nous n'avons aujourd'hui ni le temps, ni la prétention, nous ne savons même si nous aurions la faculté, non pas de combattre, mais de démontrer respectueusement les graves erreurs dans lesquelles M. Dumas, de très-bonne foi sans doute, a pu tomber; mais il nous est impossible de ne pas, dès à présent, et sous le coup d'une émotion bien légitime, mettre sous les yeux de nos lecteurs, la lettre suivante que nous adressons au célèbre savant, ancien professeur de chimie à la Faculté de Paris.

Monsieur le sénateur,

Je viens de lire avec une douloureuse surprise, dans le *Moniteur* du 2 juillet, les passages suivants du discours prononcé par vous dans la séance de la veille :

« Si un médecin homœopathe veut entrer réellement dans le service de l'assistance publique de Paris, il n'a qu'à se présenter au concours...

« Je dirai même que plusieurs fois de jeunes praticiens connus pour homœopathes se sont présentés au concours. J'ai là leurs notes, et je pourrai vous faire voir avec quelle impartialité ils ont été jugés; ils l'ont été comme ils méritaient de l'être. Il y en a même parmi ces jeunes gens, qui ont obtenu des notes si bonnes, qu'ils auraient pu, en se présentant une deuxième ou une troisième fois être nommés....

« Il n'y a pas de partialité de la part des juges, quoiqu'on en dise; la preuve, c'est que j'ai entre les mains des documents qui montrent que, parmi les candidats homœopathes connus qui se sont présentés et qui ont satisfait aux épreuves, plusieurs ont obtenu des notes qui auraient assuré leur nomination deux ou trois ans après, s'ils s'étaient présentés de nouveau.... »

Ignorez-vous donc, Monsieur, que les élèves de J.-P. Tessier, auxquels vous faites une allusion plus que transparente, se sont présentés au concours des hôpitaux six ou sept fois? Ignorez-vous, ce que tout le monde sait, que, devant la résolution exprimée publiquement par la plupart des juges de ne les jamais admettre, quel que fût leur mérite, ils ont dû renoncer au concours et à la carrière des hôpitaux, comme en fait foi notre protestation au directeur de l'assistance publique en 1854? Ignorez-vous qu'il est notoire que tout médecin suspect d'homœopathie est exclu d'avance, avant toute épreuve, en vertu d'un concert unanime et permanent des médecins des hôpitaux?

« Cela dit (continuez-vous), il n'en faut pas moins cependant se rendre compte de l'effet que l'homœopathie a produit quand elle a passé à travers les hôpitaux. L'homœopathie y a été exercée, je le disais, par un médecin qui a fonctionné à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon et à l'hôpital des Enfants. Je ne lirai pas le document que j'ai entre les mains, à moins que cela ne devienne nécessaire. Ce document établit de la manière la plus certaine que l'homœopathie a produit dans l'intérieur de ces trois hôpitaux des effets au moins regrettables. »

Permettez-moi, monsieur le sénateur, de vous demander encore si vous ignorez quelles passions, quelles inimitiés, quelles dénonciations, quelles calomnies, le grand et courageux médecin dont vous parlez a suscitées en donnant, pendant quatorze ans, l'hospitalité à l'homœopathie dans son service. Croyez-vous que l'administration si intelligente et si impartiale dé M. Davenne aurait toléré si longtemps un état de choses regrettable pour les malades; qu'elle eût laissé publier, si elle n'eut été convaincue de son exactitude, la statistique si favorable rapportée par M. A. Thayer; et ne voyez vous pas qu'il a fallu l'avénement d'un nouveau directeur et d'une administration nouvelle, pour faire accueillir, pour faire triompher la réaction hostile sous laquelle a succombé J.-P. Tessier, et que sa mort même n'a pas désarmée?

Enfin, vous terminez ainsi ce passage :

« L'homœopathie ne s'est pas bornée à aborder les hôpitaux civils; elle a abordé les hôpitaux militaires. Au Val-de-Grâce, il y a eu un moment où l'homœopathie était représentée par un médecin connu. Mais il n'y est pas resté longtemps, car le service avait à peine commencé qu'on a jugé qu'il fallait y renoncer, et qu'on a mis l'homœopathie hors de l'hôpital.

« Cela nous montre que ce n'est pas sans examen que l'homœopathie a été exclue des services directs des hôpitaux d'où elle a disparu.... »

Si je ne m'abuse, M. le sénateur, vous me faites l'honneur de parler de mon passage au Val-de-Grâce, en 1855, et vous laissez entendre que là, comme ailleurs, les mauvais résultats obtenus ont fait juger et exclure l'homœopathie. Souffrez que je vous donne la preuve qu'on vous a ou que vous êtes étrangement abusé, puisque la cause de mon exclusion a été, au vu et au su de tout le monde, une pure *excommunication doctrinale* (1). C'est ce que prouve surabondamment la lettre suivante :

« Monsieur le docteur,

« En me faisant connaître les noms des médecins civils qu'il a mis à ma disposition pour être employés dans les hôpitaux militaires de Paris, M. le ministre de la guerre s'exprime ainsi qu'il suit :

« Je suis heureux, en vous notifiant ces nominations, de vous an« noncer que je ratifie celles de MM. les docteurs Lacroix, Gimelle, « E. Begin et Jadelot, que vous avez provisoirement désignés ; mais « j'éprouve, d'un autre côté, le regret d'avoir à vous inviter à renoncer « au concours de M. le docteur Milcent, *dont les doctrines médicales n'ont « pas le complet assentiment de la Faculté.*

« Je vous prie de le remercier, d'ailleurs, en mon nom, de son « assistance momentanée. »

« Il m'est personnellement très pénible, Monsieur, d'avoir à vous notifier la décision de M. le ministre de la guerre, devant laquelle je suis forcé de m'incliner, puisqu'elle repose sur *une question de doctrine* que son administration *a cru devoir accepter*, *mais je veux vous dire au moins tous les regrets que j'éprouve en renonçant au concours dévoué et éclairé* que vous avez prêté à l'administration, pendant le temps qu'elle a eu recours à vos services.

« Je vous prie d'en agréer la sincère expression, ainsi que celle de ma considération la plus distinguée. »

L'intendant militaire de la première division,

19 avril 1855. Baron BARBIER.

Ces explications, Monsieur le sénateur, vous feront regretter, j'aime à le croire, les graves erreurs que le poids de votre parole et de votre témoignage ont rendues plus lourdes et plus cruelles à ceux qui ont souffert et qui souffrent encore de tant d'injustices.

« Agréez, monsieur le sénateur, l'hommage de mon respect.

ALPH. MILCENT.

(1) Voy. *l'Art médical*, mai et juin 1855, et le *Moniteur des hôpitaux*.

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

PARIS. — Typographie de A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

AOUT 1865

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE L'APHASIE
DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La discussion qui vient d'avoir lieu à l'Académie, a été grande et longue : grande par les orateurs qui s'y sont produits ; longue par la multiplicité des avis, ou plutôt des opinions diverses. Mais a-t-elle été plus utile que toutes ses devancières ? Si elle a mis au jour quelques faits nouveaux, a-t-elle fait surgir une doctrine nouvelle ? Nous en jugerons. Observons d'abord, comme l'a si bien remarqué M. Cerise, que l'on a discuté sans avoir précisé l'objet de la discussion.

Quel est le problème en discussion ? a-t-il dit.

S'agit-il de déterminer le siége anatomique de la lésion cérébrale dans l'aphasie ?

Ou bien s'agit-il de déterminer, d'après le siége de la lésion cérébrale dans l'aphasie, le siége ou l'organe cérébral de la faculté de parler ?

Notez bien la différence.

Le premier est un problème simple, un problème anatomo-pathologique. Le second est un problème compliqué ; il suppose le problème anatomo-patholologique résolu, et, fort de cette solution, il s'élève d'un bond, par une des inductions les plus aventureuses, assez fréquentes parmi les esprits dits positifs, à la hauteur d'un des plus graves problèmes psycho-physiologiques.

Il faut bien le reconnaître, et ceux qui croient en avoir trouvé la solution m'en sauront gré, c'est précisément le problème compliqué, plus compliqué qu'on n'a paru l'imaginer, qui a été posé et discuté dans cette enceinte.

On comprend dès lors combien la discussion a dû être irrégulière. Mais, pourquoi vouloir faire d'une académie un corps délibérant? Une délibération suppose un intérêt ou des intérêts engagés, et des hommes qui débattent leur avis pour distinguer l'intérêt commun de l'intérêt particulier. Une chambre, un parlement, un conseil d'administration, une assemblée d'actionnaires, font parfaitement comprendre des débats, des discours. Mais une académie, une société de savants, une réunion où il ne s'agit que de science, de faire connaître ce qu'on sait, de s'éclairer par des connaissances mises en commun : cela suppose des gens sages, calmes, posés, réfléchis, qui lisent entre eux un travail fait à loisir et dans la patience du cabinet; qui au besoin prennent la parole pour éclairer un point confus, ou rappeler un fait oublié; et le font en peu de mots clairs et concis. C'est là l'idée qu'on aime à se faire d'une académie; et l'on ne sait plus où l'on est quand, entrant dans une assemblée, on y trouve des hommes qui pérorent, alignent des phrases, *ore rotundo*, parlent réciproquement de leur éloquence, et discutent pour faire triompher l'intérêt de leurs opinions ou de leur drapeau. On imagine, à tort peut-être, et je le veux bien, que ces hommes parlent pour eux, sinon pour leur intérêt, au moins pour leur gloire; et l'on se demande involontairement si c'est bien là chercher et éclairer la vérité.

D'ailleurs, une discussion nécessite un ordre de délibération, une commission et un rapporteur qui ont dressé des articles, un débat pour et contre à propos de chacun d'eux, des orateurs qui ont par conséquent un parti pris, un président qui les maintient dans l'ordre de la délibération. Un corps de savants suppose au contraire qu'il n'y a pas de parti pris, que chacun cherche avec son collègue une vérité commune; qu'il n'y a

pas de discussion parce qu'il n'y a pas d'adversaires, mais qu'on attend seulement des avis, des éclaircissements; que le président ne peut maintenir un ordre de délibération, parce que les avis doivent être libres, et que la lumière peut surgir ou sur un point ou sur un autre, et quelquefois là où on ne l'attendait pas. Ce ne sont pas des discours, mais bien de simples remarques, une opinion, une idée qui éclatent tout à coup, ici ou là, jettent une clarté que chacun recueille pour la méditer en silence et à tête reposée. Il y a là du calme, de la réflexion, et non pas cette agitation fébrile qui accompagne forcément les orateurs et les discours.

On doit donc regretter que l'Académie de médecine tende à devenir une sorte de parlement au petit pied. La science n'y gagne certainement pas, et je ne vois pas que ces messieurs n'y puissent pas perdre. Quelques-uns peuvent sans doute vanter leur éloquence, qui d'ailleurs laisse beaucoup à désirer, mais pour des médecins, c'est un maigre profit et un bien petit honneur. *Medicus dicitur à medendo non à disserendo.*

I

J'entrerai donc dans l'examen du sujet scientifique dont je dois m'occuper, en négligeant tout ce qui regarde les discours. J'aurais pu remarquer certains talents d'élocution, ou blâmer bien des traits de mauvais goût : je préfère m'en taire à tous les points de vue, et pour l'honneur même de l'Académie.

Vers 1825, M. Bouillaud, séduit par Gall et Broussais, se laissa entraîner dans la phrénologie et s'enthousiasma de cette idée que *le principe coordinateur de la parole siége dans les lobes antérieurs du cerveau.* Plus tard, dans son *Traité de l'encéphalite*, il écrivait : « Les lobules antérieurs du cerveau sont les organes de la formation et de la mé-

moire des mots ou des principaux signes représentatifs de nos idées. « Depuis, il n'a pas changé d'avis; il pense aujourd'hui encore que la science doit être fixée sur ce point, et qu'elle doit ériger en dogme l'opinion qu'il a émise. S'il combat, et je ne vois pas qu'on puisse penser autrement de ses discours, c'est pour établir sa vérité à lui; car il y met tant d'ardeur et de personnalité, qu'on hésite à croire qu'il soit simplement le champion d'une vérité de tout le monde, d'une vérité indépendante des personnes.

Cependant, en 1836, le D[r] Dax lut au congrès méridional de Montpellier un mémoire sur *la lésion de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée*. C'était comme une détermination plus précise et plus exactement indiquée d'une opinion antérieure. Pour lui, le siége de la parole devait être dans les lobes antérieurs, et plus particulièrement dans le lobe gauche.

M. le D[r] Dax fils reprit l'opinion de son père et adressa un mémoire à l'Académie, pendant, ou à peu près, que M. Broca, converti par le D[r] Aubertin, gendre de M. Bouillaud, trouvait deux cas d'*aphasie* avec lésion du lobe antérieur gauche (1861). Mais M. Broca n'est pas de ces savants qu'on traîne simplement à la remorque : c'est par lui-même un esprit original, plein de feu et d'ardeur, aimant les partis étranges, les opinions paradoxales, où l'on se signale avec le plus d'éclat. Il ne lui suffisait pas d'admettre avec M. Bouillaud que le siége de la parole est dans les lobes antérieurs, avec MM. Dax père et fils, que c'est plus particulièrement dans le lobe gauche : il précisa que ce siége était dans *la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche*. Quelle audace, disent les uns; quelle originalité, disent les autres. Le fait est qu'Alcibiade coupa la queue de son chien;

et du petit au grand l'homme est toujours le même.

Tout cela pourrait être pour le mieux du monde, mais il se trouve que M. Lélut ne plaisante pas, qu'il n'aime guère la phrénologie, que même il la trouve absurde, et qu'il ne fait pas bon le rencontrer sur son chemin quand on veut faire de la science fantaisiste, quelque *positiviste* qu'on soit ou qu'on se prétende. Chargé par l'Académie de faire un rapport sur le travail de M. Dax fils, il se sentit aux prises avec la phrénologie qu'il avait déjà rudoyée de main de maître plus d'une fois : il ne manqua pas l'occasion d'une nouvelle correction. Son rapport fut court, mais substantiel. En deux pages, il dit tout ce qu'il avait à dire. Ici deux mots de justice sont nécessaires.

M. Lélut, que nous n'avons pas l'honneur de connaître, qui même, croyons-nous, a peu de tendresse pour l'école de l'*Art médical*, s'est montré un véritable académicien. Il avait fait un rapport court, substantiel ; il se tut ensuite. En vain M. Bouillaud lui décocha de nombreux traits d'un goût très-contestable, en vain quelques allusions furent faites à une intervention nécessaire de sa part, il ne bougea plus : il avait résumé la science, il avait émis son avis, tout ce qu'il entendait ou pouvait entendre n'était ni de la science ni de la lumière : il laissa dire.

Une page du rapport de M. Lélut, celle qui a excité toutes les colères des localisateurs, est bonne à connaître. Après avoir dit que M. Dax apporte 140 faits en faveur de cette localisation de la parole dans l'hémisphère gauche du cerveau, il ajoute :

Si un pareil fait était vrai, le cerveau, ce mystérieux organe, serait bien plus mystérieux encore. Chacun de ses deux hémisphères, chaque partie même de chacun de ces hémisphères pourrait être le siége de fonctions différentes. Rien ne s'oppose à ce qu'il en soit de même des

autres organes doubles du reste du corps, et l'on pourrait ainsi en venir à prouver, toujours en vertu de l'observation, qu'il n'y a qu'un œil, le gauche, par exemple, qui voit, le droit pouvant servir à toute autre chose. Mais, comme on le pense bien, et pour parler sérieusement, il en est des deux hémisphères comme des deux yeux; ils remplissent les mêmes fonctions; le gauche n'est ni plus ni moins lésé que le droit dans les dérangements de la parole, et si, à cet égard, on croyait devoir condescendre à citer des faits, j'en aurais, à l'instant même, et sans plus d'efforts de mémoire, un bien magnifique à citer, consigné par moi, il y a plus de trente ans, dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (numéro du 20 février 1830). C'est le fait d'un épileptique chez lequel la réduction en bouillie de tout l'hémisphère cérébral gauche n'avait pas même été soupçonnée, et avait laissé, jusqu'au dernier moment, la parole intacte.

Rappellerai-je encore, et comme une sorte de contre-épreuve, un autre fait dont j'ai en ce moment dans mon cabinet le dessin exécuté par moi, sous les yeux, d'une altération carcinomateuse du cervelet avec altération de la parole, l'hémisphère gauche du cerveau étant complétement sain ?

Rappellerai-je enfin, et surtout, ce fait général si remarquable, de l'altération profonde de la parole chez les aliénés atteints de démence avec paralysie générale, et chez lesquels il n'y a d'autre lésion du cerveau que des adhérences inflammatoires des méninges à toute la surface de cet organe ?

Ce dernier argument était peut-être d'une valeur douteuse, mais dans le fond le rapport était sage. Il ne niait pas les faits observés, pas plus ceux de M. Dax que les autres; il ne niait pas que la relation ou coïncidence remarquée entre l'aphasie et la lésion du lobe antérieur gauche du cerveau, eût été observée plusieurs fois; mais il établissait très-sagement que ce n'était pas là une loi; que beaucoup de faits la contredisent formellement; que cette relation signalée entre deux lésions était singulière sans doute. mais inexpliquée; que la loi de coïncidence prétendue posait une théorie inacceptable par tout ce que l'on sait de la physiologie. En résumé, il y avait là un fait curieux : on ne pouvait ni

le repousser, ni le nier, ni l'accepter absolument : c'était donc une question à laisser dormir, en attendant que des faits nouveaux ou un travail lumineux éclairent cette obscurité.

Violenter la science n'est jamais une bonne chose; c'est établir des systèmes brillants mais éphémères qui font croire que la science est faite quand elle ne l'est pas. Cela peut être utile aux hommes qui, par ce procédé, imposent une opinion et se font une réputation, car je n'oserais dire une gloire : on les cite, on les vante, ils mènent leur temps, et pour eux, c'est tout à la fois honneur et profit : mais la science foulée, violentée, pressée dans un moule qui n'est pas le sien et où elle est contrefaite, la science en est amoindrie. J'aime les lumières qui éclairent, j'ai en horreur le savant qui se fait de la science une esclave vile, sinon une prostituée chargée de réclames !

II

Le coup porté par M. Lélut était donc dur, bien que d'une certaine sagesse. Il fit, dit-on, sensation à l'Académie. M. Bouillaud se sentit frappé dans ce qu'il paraît avoir de plus cher, la discussion fut résolue.

Comme le plus atteint et le plus bouillant, le 3 avril dernier M. Bouillaud prit la parole, et ne ménagea guère son adversaire, comme on le pense bien et ainsi que je l'ai dit déjà. Il fit sa propre apologie, celle de son opinion, celle de son gendre, celle de M. Broca, garda la parole pendant deux séances, et conclut enfin par ces six propositions :

1° Il existe des facultés intellectuelles et morales *spéciales*, *déterminées*.

2° Il est universellement admis, et l'observation le démontre invinciblement, que le cerveau constitue une condition indispensable à

leur manifestation, qu'il en est le *siége*. Comme l'entendement lui-même et par une sorte de *corollaire* physiologique, cet organe se divise en parties *spéciales*, dont chacune est affectée au siége de quelqu'une des facultés intellectuelles et morales, *fondamentales* et *spéciales*.

3° La faculté de parler, considérée dans tous les éléments dont elle se compose, est une des facultés intellectuelles *spéciales* et *fondamentales*.

Cette faculté *spéciale* a son siége dans les lobes antérieurs ou frontaux du cerveau.

4° Selon M. Broca, la troisième circonvolution du lobe antérieur gauche serait le siége *précis* de la faculté de la parole. Cette doctrine est bien loin d'être encore suffisamment démontrée.

5° La perte de la parole reconnaît une double origine : tantôt en effet elle dépend d'une lésion du *sens*, de la *faculté des mots*, des *noms* ou du langage *intérieur ;* tantôt, au contraire, elle est due à une lésion du *principe*, de la *faculté* qui règle, *coordonne* et gouverne en quelque sorte les mouvements de la *voix articulée*, du pouvoir *législateur* des mouvements du langage articulé.

6° Ce dernier *mode* de dérangement de la parole, c'est-à-dire celui qui reconnaît pour cause une lésion de la faculté coordinatrice ou *législatrice* des mouvements dont se compose la voix articulée, avait échappé à Gall, et a été signalé pour la première fois dans le Mémoire lu par nous en 1825, à la tribune de cette Académie.

C'est, comme on le voit, tout un contre-programme du rapport de M. Lélut. Il se base sur des faits nombreux, met en avant fort peu de raisons, si l'on élague les phrases à effet, et sacrifie à peu près complétement MM. Dax père et fils, auxquels les reproches ne sont pas ménagés.

La discussion va-t-elle être entraînée dans cette voie? Nous allons le voir.

Le 18 avril, M. Trousseau monte à la tribune pour garder la parole pendant deux séances également, ni plus ni moins que M. Bouillaud, mais non de la même manière. Il déclare même, en ouvrant la bouche, qu'il prétend élaguer son honorable collègue, que c'est du mémoire de M. G. Dax qu'il s'agit, la question étant

seulement : « s'il existe une coïncidence constante entre les *troubles de la parole* et les lésions de l'hémisphère gauche du cerveau. » Cela posé, il entre en matière et fait une véritable leçon sur l'*aphasie;* il paraît que ses collègues en avaient besoin. Il distingue d'abord plusieurs espèces d'*aphasie*, nommée autrefois l'*alalie*. L'idée était heureuse, parce qu'en effet il importe de s'entendre sur ce que peut être la privation de parole, ou *aphasie*, que M. Broca voulait nommer *aphémie*. M. Trousseau suit là un véritable instinct médical, en établissant que l'aphasie est un symptôme, et qu'il importe de distinguer ce symptôme selon les maladies dont il dépend : mais il a le tort de ne pas suivre son programme, outre le tort de trop blâmer les anciens, et il aboutit à une suite de récits, d'anecdotes, de faits dits avec esprit, où le sens des distinctions médicales se perd. On voit bien qu'il veut établir des espèce d'aphasie et qu'il vise à les préciser par des exemples, mais la distinction échappe parce qu'en définitive il ne la connaît pas. On voit bien qu'elle devrait être, il fait sentir qu'on y doit viser : mais quand il s'agit de devenir net, il n'y a plus personne. N'y pouvant aboutir, M. Trousseau se retourne sur l'opinion de MM. Bouillaud, Dax et Broca, s'empare de la statistique, et n'a pas de peine à prouver que les faits disent oui et non, que, par conséquent, ces théories ne sont pas suffisamment prouvées. S'apercevant alors de son aridité et de son défaut de conclusion, il prend M. Broca à partie, lui reproche assez justement d'avoir dit que l'aphasie est sans trouble de l'intelligence, et termine enfin par quelques récits heureux.

Nous ne voulons pas suivre toute la discussion ; orateur par orateur. Ce serait long et sans profit ; l'étude de la question discutée sera plus utile. Il nous importait de faire voir d'abord comment le débat s'était en-

gagé et quelle tournure il en devait prendre. Si nous ajoutons à cela l'indication du sens des principaux discours, nous aurons satisfait au devoir du compte-rendu général, et nous pourrons suivre les points divers du sujet, en rapportant à chaque auteur les notions qu'il a fait valoir. Qu'on nous permette donc de dire en peu de mots ce qu'ont été les autres discours.

M. Parchappe se basant sur l'étude anatomique du cerveau, établit que c'est dans la couche corticale grise que siégent les facultés intellectuelles, et qu'il y a peut-être une prédominance d'action de la partie antérieure, comme sembleraient l'indiquer les faits invoqués par MM. Bouillaud et Dax, quoique cependant il déclare l'unité et la continuité d'action des couches corticales, l'impossibilité de localisation. Discours long, instruit, un peu diffus, renfermant des vérités dont nous reparlerons.

M. Briquet rabroue un peu M. Trousseau, lui reprochant d'avoir admis la prédominance des névralgies thoraciques à gauche, lorsque ces prétendues névralgies ne sont que des hyperesthésies musculaires. Il repousse la localisation des facultés dans un hémisphère plutôt que dans l'autre, et rappelle qu'il y a des aphasies hystériques.

Le 16 mai, M. Bouillaud reprend la parole pour réfuter M. Trousseau, et arguer encore de son opinion sur la statistique et sur des faits nouveaux. Avec lui les faits ne tarissent pas, et quelques-uns, d'ailleurs, sont intéressants.

Le 22, M. Piorry déclare que pour lui l'aphasie n'est que l'oubli des mots, que chaque partie de l'encéphale est consacrée à une faculté distincte et que la partie antérieure est le siége de la mémoire des mots.

Après ce discours, une scène indicible se produit.

M. Velpeau se lève pour demander à M. Bouillaud s'il maintient toujours le prix de 500 fr. proposé par lui à celui qui lui démontrerait une observation authentique de lésion des lobes antérieures, sans perte de la parole. — M. Bouillaud accède. — Alors M. Velpeau cite une observation de son service, recueillie sous ses yeux par M. Delpech, aujourd'hui son collègue à l'Académie : il s'agit d'un perruquier bavard, et bavard jusqu'à la fin, dont le cerveau présenta, dans l'autopsie, les deux lobes antérieurs altérés, réduits en bouillie. — Je le récuse, dit M. Bouillaud, je veux voir. Pour lui, comme en général pour ces messieurs de la science moderne, il n'y a de vrai et d'authentique que ce qu'ils voient; et après cela on doit les croire sur parole. — M. Velpeau se révolte à l'idée qu'on met sa parole en doute; une partie de l'Académie se lève en sa faveur : M. Bouillaud cependant demande une autre observation semblable; M. Guérin déclare qu'un seul fait bien constaté suffit et qu'il y en a bien d'autres que celui signalé par M. Velpeau. — M. Bouillaud toutefois ne donne pas le prix, et ne l'a pas encore donné, malgré tous les faits qu'on lui a cités de toutes parts. Il n'y a de pires sourds et de pires aveugles que les sourds et les aveugles volontaires.

M. Baillarger admet, avec M. Trousseau, que dans certains cas il peut y avoir, comme le pense M. Trousseau, une amnésie ou perte de la mémoire des mots; que dans d'autres cas il peut y avoir, comme le dit M. Bouillaud, un défaut de l'organe coordinateur de la parole; mais il signale en outre bien d'autres faits dans lesquels il trouve que « l'incitation verbale involontaire persiste, mais que l'incitation volontaire est abolie, » discours de bonne et fine analyse psychologique, mais manquant souvent de clarté, par défaut des vrais ter-

mes et des véritables distinctions qu'enseigne la physiologie générale. M. Baillarger offre là un exemple des désastreux résultats qu'a eus la séparation de la psychologie et de la physiologie : comme beaucoup de bons esprits, et cela est d'autant plus sensible, qu'ils sont meilleurs, il présente une psychologie qui manque de physiologie, et une physiologie qui manque de psychologie.

M. Bonnafond a justement réclamé qu'on n'oubliât point les cas d'aphasie par surdité, la liaison de l'ouïe et de la parole.

M. Cerise enfin a déclaré le problème insoluble; « oui, un grand nombre de faits semblent démontrer que la coïncidence d'une lésion cérébrale avec l'aphasie est plus fréquente dans l'hémisphère gauche que dans l'hémisphère droit, dans les lobes antérieurs que dans les lobes moyens et postérieurs. » Mais cela n'a pas grande valeur, en raison des faits contraires et nombreux, et « je vais plus loin, je crois que le problème tout entier est insoluble. » Cette conviction, M. Cerise la base sur la difficulté d'entrer dans tous les détails du mécanisme psychologique. Et résumant à peu près l'ensemble des opinions de ses collègues, il conclut : « J'ai dit que l'aphasie, telle qu'elle résulte du plus grand nombre d'observations rapportées, pourrait être limitée à trois ordres de faits. Elle consisterait : 1° dans l'oubli du signe avec l'intégrité du souvenir de la chose signifiée ; 2° dans la lésion des liens d'association entre les mots et les idées, avec persistance de la conscience ; 3° dans l'abolition de la parole externe involontaire ou automatique. » M. Cerise est comme M. Baillarger, et plus que lui peut-être, un de ces esprits à deux compartiments complétement séparés ; dans l'un est leur physiologie, dans l'autre leur psychologie ; dans chacun

il y a de l'ordre, de la clarté, de l'esprit, un certain air qui séduit : mais rapprochez leurs deux sciences l'une de l'autre, tout est brouillé, indéchiffrable. M. Cerise a gardé de ses fréquentations de l'écode de Buchez, une certaine phraséologie qui jette deçà, delà des lumières auxquelles on est pris : mais ce sont des feux de diamant qui n'éclairent et n'échauffent pas ; et quand on revoit à tête reposée ce qui semblait éclairé un instant, on le retrouve dans les mêmes ténèbres. M. Cerise ferait bien de s'en méfier, car avec son esprit, sa science, sa facilité, il pourrait porter des coups plus durables.

III

Reprenons maintenant la question pour sonder tous les éléments scientifiques qu'elle renferme.

Que faut-il distinguer sous le nom d'aphasie ?

Un malade perd la voix, à la suite d'un courant d'air ou de toute autre cause : il peut parler, mais le son lui manque ; c'est de l'aphonie. Un autre est tout à fait incapable d'exprimer une idée, d'articuler un mot ; c'est de la mutité. Un autre altère les mots en parlant, il bredouille ou il bégaye, etc. Les anciens avaient distingué ces choses. Avec le nouveau mot d'aphasie, ou aphémie, on nous signale des faits nouveaux, mais on confond tout.

Sauvage donne quatre genres de faiblesses ou paralysies du parler : la mutité, l'aphonie, le bégayement, et la paraphonie ou vice de la voix.

Il admet neuf espèces de mutité : 1° paralysie de la langue, *mutitas a glossili ;* 2° mutité traumatique ; 3° mutité par l'usage des narcotiques, par l'opium, la belladone, la jusquiame ; 4° mutité par absence de la langue, l'organe ayant été coupé ou rongé par un ulcère ; 5° mutité par sécheresse de la langue, dans les

fièvres malignes, et qu'on rapporterait peut-être mieux à la stupeur; 6° mutité spasmodique; 7° mutité volontaire; 8° mutité par surdité de naissance; 9° mutité vermineuse.

Il reconnaît également neuf espèces d'aphonie: 1° mélancolique; 2° par antipathie; 3° par ivresse; 4° aphonie catarrhale; 5° anévrysmale; 6° traumatique; 7 hystérique; 8° paralytique; 9° pulmonique.

Dans le bégayement, il comprend : 1° le bégayement ou hésitation; 2° le grasseyement; 3° la lallation; 4° la blésité; 5° le balbutiement; 6° le mogilalisme, où l'on ne prononce pas les lettres labiales; 7 le psellisme ou bégayement métallique, chez les doreurs; 8° le psellisme iotacisme, qui ne prononce pas les lettres gutturales; 9° le psellisme nasal, ou parler du nez; 10° le psellisme du bec-de-lièvre.

Dans la paraphonie il range : 1° la mue de la voix, *paraphonia puberum;* 2° la paraphonie nasale, ou *nasitas* des Latins, le parler du nez; 3° l'enrouement, *raucedo;* 4° la paraphonie ulcéreuse; 5° la paraphonie gutturale, le parler du gosier; 6° le ronflement ou râlement, *ronchos* des Grecs, *stertor* des Latins; 7° le sifflement; 8° la paraphonie causée par un polype.

Plus près de nous, J.-P. Frank disait que « les causes générales de l'aphonie et de l'alalie sont : 1° les émotions de l'âme; 2° une vive douleur; 3° l'abus des spiritueux et des narcotiques; 4° les fièvres asthéniques; 5° la puberté; 6° l'hystérie, l'hypochondrie, la manie, l'antipathie; 7° la paralysie de la langue. » Et son fils, Joseph Frank, réunit toutes les espèces d'alalie sous trois genres : 1° par vice des instruments de la voix; 2° par faiblesse de l'intelligence, ou hébétude; 3° par surdité.

Faut-il aujourd'hui réunir toutes ces choses sous le nom d'aphasie? Ce serait une confusion inexprimable

Faut-il donner ce nom à ce que M. Bouillaud appelle un défaut de la *coordination* ou du *gouvernement* de la parole? M. Bouillaud n'a pu lui-même rendre clair ce qu'il entend par ces mots; et lorsqu'il semble faire entendre que toute aphasie vient de l'oubli des mots, il restreint la question plus que les faits ne le permettent.

M. Trousseau a eu parfaitement raison de montrer le premier, dans la discussion académique, combien il est nécessaire, avant de localiser dans les lobes antérieurs du cerveau, la coordination de la parole ou l'aphasie, de bien fixer le sens du symptôme dont on veut s'occuper. Il s'est un peu moqué des anciens, beaucoup trop même, car si leurs distinctions étaient nombreuses, et quelquefois défectueuses, elles avaient au moins le mérite de fixer les esprits. Pourquoi ne s'est-il pas attaché à faire mieux? Il distingue d'abord l'aphonie de l'aphasie, puis il raconte à propos de l'aphasie des anecdotes : mais il ne fixe nullement les distinctions, ce qui était important, ce semble, et de la plus grande importance. Rester dans les narrations sans rien préciser, c'est rester dans le vague, dans la fantasia; ce n'est pas de la science précise.

Les autres orateurs n'ont guère rappelé que des distinctions anciennes, comme l'aphasie par surdité, qu'on appelait autrefois le mutisme par défaut de l'ouïe. Seuls, M. Baillarger d'abord, M. Cerise ensuite, ont appelé l'attention sur la parole automatique et la parole volontaire, conduisant ainsi les esprits à l'analyse du symptôme et du phénomène physiologique qui lui sert de support.

Il est étrange, en effet, combien les traditions de la séméiotique ont été oubliées et méconnues dans ce débat. On en retrouve comme le sentiment chez plusieurs orateurs, mais à un état de vague et d'indéfini, qui

semble défier l'attention; l'on chercherait en vain un discours où ces trois problèmes que nécessite toute question de séméiotique aient été nettement posées et régulièrement abordées : 1° Quelles sont les variétés du phénomène morbide à étudier; 2° quel est l'acte dont les altérations expliquent les diverses variations du phénomène morbide; 3° à quelles maladies distinctes se rapportent les diverses variétés du phénomène morbide.

La question est, il est vrai, difficile, quand il s'agit d'un acte aussi complexe que la parole, et nous ne l'abordons nous-même qu'avec réserve; mais plus un sujet est compliqué et d'un examen laborieux, plus il demande de régularité dans l'analyse. Ici plus que jamais, plus qu'en toute autre question, il était utile de ne pas faire de discours et de préciser des avis.

IV

Si l'on analyse les faits divers dans lesquels la parole était altérée, on trouve les variétés suivantes :

1° Dans un premier genre peuvent être renfermés tous ceux où le son lui-même est atteint : il y a *aphonie* complète ou relative. Le son étant émis par le larynx, sous l'effort du souffle pulmonaire, nous faisons régulièrement rentrer dans ce genre toutes les altérations du son de la voix par altération de l'appareil vocal.

On pourrait même faire rentrer dans ce genre des faits rangés par Sauvage dans les paraphonies, tous ceux qui se rapportent au retentissement du son sur l'une des voûtes palato-gutturales, comme le nasillement.

Mais nous ne voulons pas nous occuper de ce genre où l'aphasie ne trouve pas sa place.

2° Dans un second genre, et déjà nous entrons un peu dans notre sujet, nous pouvons ranger tous les cas où l'articulation des sons est altérée partiellement, sans

être supprimée. Les espèces sont nombreuses : avec Sauvage, nous pouvons déjà admettre le bégayement, ou hésitation de la parole, le grasseyement, la lallation, la blésité, le balbutiement, le mogilalisme, ou l'on ne prononce pas les lettres labiales, le iotacisme, qui ne prononce pas les lettres gutturales.

Nous pouvons y ajouter la parole étranglée des hystériques, par le spasme laryngo-guttural.

Ce que nous appelons l'alalie, où les lettres linguales sont impossibles par paralysie de la langue, et cause une sorte de bredouillement, rentre dans ce que Sauvage nommait la lallation.

Toutes ces espèces dépendent bien du mécanisme de l'articulation des mots et s'expliquent naturellement par une paralysie, ou un défaut de formation, ou un spasme dans les nerfs qui meuvent ce mécanisme ; le trijumeau, le facial, l'hypoglose, en rendent raison soit à leur continuité, soit à l'origine.

Bien des cas d'aphasie se rapportent à ce genre, mais malheureusement les observations sont souvent données avec assez peu de soin dans les détails pour qu'on n'en puisse rien conclure. Nous en avons remarqué cependant où l'on notait que certaines lettres étaient surtout prononcées difficilement.

A ce genre peut être encore rapportée la paralysie labio-glosso-laryngée, que M. Duchenne (de Boulogne) a particulièrement fait connaître, et que M. Trousseau a très-justement distinguée comme ne devant pas faire partie de l'aphasie cérébrale.

3° Dans un troisième genre nous devons ranger les cas de mutisme. Mais ici plus que jamais nous devons distinguer les espèces, car nous sommes sur un terrain où l'aphasie empiète.

Nous avons d'abord la mutité traumatique par stu-

peur cérébrale, à la suite d'un coup ou d'une chute sur la tête.

Le mutisme apoplectique ou hémiplégique avec paralysie des membres, de la langue et des organes de l'articulation vocale. Quelquefois il y a en même temps perte de l'intelligence ; d'autres fois, le semi-paralytique muet peut indiquer par gestes ce qu'il ne peut dire. Il y a quelques faits semblables parmi les observations d'aphasie.

Le mutisme par commotion morale, par peur, par émotions vives et soudaines. Le cerveau est probablement alors troublé, mais sans qu'on puisse dire sûrement ce qu'il en est et s'il y a une localisation spéciale.

Le mutisme spasmodique comprend le précédent, et les cas de spasme de tous les organes phonateurs, soit par un encéphalite, soit par un trismus symptomatique.

Le mutisme hystérique peut être spasmodique, ou avec le libre usage de tous les mouvements phonateurs; le son de la voix est conservé et peut se manifester par les cris, mais l'articulation et l'émission de la pensée sont absentes ; d'autres fois, il y a en même temps aphonie.

La mutité par cophose, ou surdi-mutité nous offre aussi la conservation des sons laryngés, les libres mouvements de tous les mouvements phonateurs, et cependant l'impossibilité d'émettre la parole.

Le mutisme vermineux et le mutisme toxique, admis par Sauvage, pourraient être rangées à côté du mutisme spasmodique.

Enfin le mutisme adynamique, par torpeur générale, qu'on rencontre dans les fièvres graves.

4° Dans un quatrième genre nous placerons plusieurs, ou pour mieux dire la plupart des observations d'aphasie dont on a fait bruit, et nous leur donnerons le nom générique de *varaphasies*. Comme nous allons

le voir, en effet, dans ces cas, la parole n'est pas complétement perdue, ou ne l'est que momentanément ; il n'y a pas mutité ou aphasie, car aphasie, le mot nouveau, ne veut pas dire autre chose que mutité ; mais il y a vice de la parole, dérangement de l'acte phonateur, et c'est plutôt là une *paraphasie*, de même qu'on appelait *paraphonie* le son vocal altéré et non éteint. Ainsi :

Dans la variété la plus légère il y a oubli de certains mots ou des noms propres. C'est une variété assez fréquente, et compatible avec un état de santé relatif. Il me semble l'avoir souvent rencontré chez des hypochondriaques, chez des hommes préoccupés : ils veulent dire un mot, un nom, et le mot, le nom leur échappe.

Chez d'autres, le nom comme oublié semble tout à fait perdu, et on les voit se servir de périphrases pour exprimer leur pensée. Au lieu de dire *un couteau*, ils diront *une chose qui coupe*.

Chez un autre, il y aura confusion des noms ; ainsi, une dame a plusieurs enfants, et elle donne constamment le nom de l'un à l'autre ; ou bien elle appelle D., M. X.

Chez un autre, il y a un penchant à des assonnances défectueuses ; M. Trousseau cite un malade qui avait l'amour de la terminaison en *tif*, et qui terminait ainsi tous ses mots, de sorte qu'il disait *bontif* pour bonjour, *ventif* pour vendredi.

D'autres répètent toujours le même mot ou la même phrase, quelle que soit la question qui leur est posée. L'un dit *couci couci*, l'autre dit *paquet*, une religieuse dit *Jesus*. Une autre savait dire son *Pater noster*, et ne pouvait dire que cela.

D'autres disent le contraire de ce qu'ils veulent dire ; ils veulent vous dire bonjour ou des politesses, et ils vous disent les injures les plus grossières. Quelques-

uns s'aperçoivent même que l'instrument trahit leur pensée, et se dépitent de ne pouvoir rendre ce qu'ils voudraient exprimer. Un autre veut répondre un nombre, le nombre quatre, par exemple, et il montre quatre doigts, mais en même temps il prononce trois.

Chez d'autres, il y a transposition des mots de la phrase, de sorte que la phrase est inintelligible, ou n'est comprise des auditeurs qu'avec beaucoup d'efforts.

Chez d'autres, les mots se suivent dans un tel désordre, dans une telle incohérence, qu'on n'y peut rien comprendre. Ou bien le malade fait des calculs qui fourmillent des erreurs les plus grossières par des transpositions de nombres.

Il est bien clair que chez tous ces malades, il n'y a pas véritablement *aphasie* ou *mutité*, puisque tous parlent; il y a seulement vice de la parole, *paraphasie :* ou bien la conception verbale est faussée, ou bien le passage de la conception à l'émission verbale est altéré. On se rend peut-être mieux compte encore de ces désordres en faisant écrire ou lire le malade. Ainsi : les uns peuvent lire les lettres, chacune séparément, en particulier, mais ils ne peuvent lire une phrase, s'ils épellent les mots, ou même ils ne peuvent épeler.

L'un écrit très-bien sous la dictée, mais il lui est ensuite impossible de lire ce qu'il a écrit.

Un autre peut écrire son nom, mais ensuite toutes les lettres sont placées d'une manière incohérente, de sorte qu'on ne peut comprendre ce qu'il veut dire ou écrire. Il y a loin de là au véritable aphasique, au véritable muet qui, ne pouvant parler, prend un crayon et du papier, et exprime tout ce qu'il pense.

Un autre lit parfaitement les trois chiffres 765, chacun séparément, mais il ne peut absolument pas dire sept cent soixante-cinq.

Un autre fait encore bien la lecture, il lit chaque mot à sa suite : mais à chaque mot qu'il lit, il oublie le mot précédent, et il lui est ainsi impossible de comprendre la phrase courante. Il peut de cette manière lire toujours la même page ou la même phrase sans se lasser comme sans comprendre.

Pour M. Bouillaud, tous ces faits indiqueraient une amnésie de la parole, un oubli des mots, et c'est la mémoire verbale qui serait atteinte, mémoire verbale qu'il veut localiser dans les lobes antérieurs du cerveau.

Pour M. Broca, il y aurait amnésie de la parole sans perte de l'intelligence : mais il confond bien évidemment la mutité hémiplégique avec la paraphasie ; et M. Trousseau a très-bien montré que dans un grand nombre des cas dont nous venons d'esquisser le résumé, on est obligé d'admettre une faiblesse intellectuelle. Bien plus, si nous voyons que dans tous ces cas, la phonation est conservée, l'articulation des mots est également conservée, nous nous trouvons conduits à admettre, ainsi que nous le disions plus haut, qu'il y a là un vice dans la conception et l'émission de la parole, de là une induction à trouver dans le cerveau le siége de ces lésions ; et ainsi se trouve-t-on conduit au débat posé par M. Bouillaud.

V

Comment le cerveau peut-il être le siége de la parole interne, pour me servir d'une expression usitée ; est-ce par son ensemble ou par une de ses parties distinctes ? Ou, d'une autre manière, la parole est-elle un acte distinct et tout à fait séparé des autres actes qui ont le cerveau sinon comme siége, au moins comme organe d'expression matérielle ?

Je m'exprime ainsi, car il faut bien se le rappeler, et

on l'a trop oublié à l'Académie, la pensée intellectuelle abstraite vit dans l'immatérialité, comme cela est démontré en physiologie générale. Elle vit ainsi, parce qu'autrement ses actes essentiels seraient entachés des entraînements de la matière qui lui ôteraient sa liberté. Et si elle se sert du cerveau, ce ne peut être que dans les actes matériels dont elle a besoin pour concevoir, ou dont elle se sert pour résoudre matériellement ses conceptions.

Nous nous demandons si la parole est un acte tout à fait distinct des autres actes auxquels le cerveau prête son concours ?

M. Parchappe a abordé cette question le premier parmi les psychologistes de l'Académie, et il l'a résolue par la négative. Il disait :

Si l'on cherche à ramener cette complexité d'actes et de condition d'où dépend la fonction de la parole, à des éléments physiologiques distincts, on est conduit à reconnaître que l'exercice de la fonction de la parole s'accomplit, pour une intelligence en possession d'un langage susceptible d'être parlé, par le déploiement actuel de trois modes distincts de la force psychique : déploiement de la force intellectuelle, dans la formation d'une pensée susceptible d'être traduite en paroles; de la force volontaire, dans la détermination des actes propres à traduire cette pensée en paroles; de la force motrice, dans la réalisation volontaire des mouvements générateurs de la voix articulée. Et, ainsi, se trouvent ramenés à trois éléments physiologiques essentiels : intelligence, volonté et motilité, les actes qui concourent à l'accomplissement de la fonction de la parole.

Cette détermination analytique des actes physiologiques, que nécessite la réalisation de la parole, est indispensable pour acquérir une idée juste de ce que doit être, de ce que peut être un organe de la parole.

Il est d'abord évident que la parole ne peut être subordonnée, en tout ce qui la constitue, à un organe unique. (*Bulletin de l'Académie*, t. XXX, p. 601.)

Il examine alors le cerveau, constate que toutes les

fibres blanches sont des continuations des nerfs ou des cordons de la moelle, et que toutes ces fibres aboutissent à une surface grise plissée, qui forme les circonvolutions, est partout d'une continuité parfaite, et il en déduit que :

Cette disposition structurale du cerveau permet de comprendre comment le cerveau, en tant que centre d'action, conserve son unité organique tout en comportant la multiplicité d'éléments organiques d'action, relativement aux diverses conditions de la réalisation de la fonction unitaire. » (*Ibid.*, p. 630.)

En résumé, M. Parchappe conclut à une fin de non-recevoir de la question, car pour lui,

La parole humaine, tout aussi bien que l'intelligence et la volonté, est dans son essence un mystère inexplicable. Mais le physiologiste, pas plus que les autres savants, n'a à s'étonner de se trouver, dans une étude de la nature, en face de mystères qui dépassent la portée de la connaissance humaine. (*Ibid.*, p. 694.)

Pour M. Cerise, également, la localisation de la parole est impossible, et la question de l'aphasie nécessite de connaître comment la parole se forme. Aussi a-t-il tenté l'analyse du langage. Mais, malheureusement il n'aboutit pas à des solutions plus pratiques et plus précises que M. Parchappe. Voici la partie de son discours qui a fait sensation à l'Académie, et qui a emporté la presque unanimité des suffrages :

Pour lever un des coins du voile épais qui couvre le rôle psychologique du langage, il faut l'apprécier dans ses rapports, d'une part avec la pensée, et de l'autre avec l'appareil psycho-cérébral ou le cerveau considéré comme l'appareil de l'intelligence. Si je parvenais à ébaucher ici cette appréciation difficile et délicate, vous seriez frappés de l'harmonie instrumentale et fonctionnelle qui existe entre ces trois éléments de la vie sociale de l'homme. Je vais tenter cette ébauche, qui n'aura quelque clarté que moyennant le concours de votre bienveillante attention.

Imaginez l'enfant dans le sein de sa mère. Déjà il a les yeux, un ap-

pareil visuel prêt à fonctionner; cet appareil est disposé dans la prévision des rayons solaires qui éclairent le monde dans lequel il va entrer. Supposez le soleil absent de ce monde; l'appareil visuel, n'ayant plus sa raison d'être, ne fonctionnera jamais; au lieu de compléter son évolution organique sous l'influence de la lumière, il s'atrophira. Il en est de même de tous les appareils de la sensation, de la nutrition et de la locomotion qui manquent après la naissance, de l'élément spécial de leur opération fonctionnelle.

Le cerveau ou appareil psycho-cérébral est dans des conditions identiques. L'enfant, avant de naître, est en possession de cet appareil encore inachevé, comme il est en possession d'un appareil pulmonaire non encore dilaté. Quel sera, pour cet appareil, l'équivalent des rayons lumineux, des ondes sonores, de l'air vivifiant, etc.? Quelle sera l'atmosphère dans laquelle il puisera son excitant normal et son aliment fonctionnel? Ce ne sera pas la pensée silencieuse de l'humanité dans laquelle l'enfant vient de faire son entrée, et que représentent d'abord la nourrice et la famille. La pensée ambiante, si elle est silencieuse, est sans action sur le cerveau du nouveau venu. Ce sera la pensée parlée autour de lui qui apportera à cet appareil son excitation normal. La parole, signe sensible et signe idéal, tenant à la fois de la matière et de l'esprit, sera l'intermédiaire entre la pensée et le cerveau. Aussi a-t-elle été célébrée dans presque toutes les civilisations, chez les Indous, chez les Grecs et chez les anciens Mexicains, comme le souffle initial et sacré qui féconde l'intelligence. Par la parole, les impressions confuses et multiples du monde extérieur étant nommées et distinguées, deviennent des sensations, des notions, des idées, des affirmations dans lesquelles se révèlent l'unité et l'activité personnelles de l'âme humaine. A mesure qu'un progrès s'accomplira dans l'éducation verbale, un progrès identique s'accomplira dans l'éducation morale et intellectuelle. La connaissance du bien et du mal se formera sous l'empire des préceptes que formulent de mille manières toutes les langues parlées. Par la parole externe, qui n'est possible chez l'enfant qu'après la conquête de la parole interne, se manifeste au dehors une intelligence déjà en plein exercice. Dans cette évolution simultanée de la parole et de la pensée, qui précède et qui suit la conquête ardue de l'articulation des mots, l'appareil psycho-cérébral achève son développement anatomique; il étend sa surface en creusant plus profondément le sillon des circonvolutions; il réalise, dans un ordre déterminé anatomiquement, les associations des diverses idées et des signes qui constituent le raisonnement et la mémoire; il complète son

adaptation originelle à l'ordre logique du langage et à l'ordre logique des idées. Il sera, aux yeux de l'observateur émerveillé, cet appareil appelé *logique* par M. Buchez, précisément à cause de cette adaptation. Dans sa sagacité, cet éminent et modeste confrère a voulu caractériser le rôle du cerveau dans l'acte simultané de la parole et de la pensée. Cerveau, parole, pensée, tels sont les éléments inséparables de l'intelligence humaine, qui, seule, s'appelle raison, parce que, seule, elle se meut librement en vertu d'un enseignement parlé. On avait donné le nom de *logos* à deux de ces éléments, on avait créé le mot *logique* pour indiquer l'ordre régulier du raisonnement pensé et parlé. M. Buchez a compris que l'appareil dont les aptitudes fonctionnelles sont appropriées à réaliser cet ordre régulier, devait, par une qualification identique, rappeler la cause finale de ses opérations.

Si j'osais formuler ma pensée d'une manière inusitée, je dirais, pour mieux exprimer cette harmonie fonctionnelle des trois éléments de notre activité morale et intellectuelle, que la grammaire, la logique et la physiologie cérébrale, sont les trois formes différentes d'une même science, de la science psycho-physiologique.

Dans cet appareil logique où sont si étroitement associées la pensée et la parole, l'hypothèse d'un organe spécial de la faculté du langage me paraît inadmissible. C'est comme si l'on prétendait découvrir l'organe cérébral des chiffres en les distinguant de la science du calcul, qui n'existe et ne peut exister que par eux. Les mots *nômon* en sanscrit, *nomen* en latin, *nama* en gothique, qui signifient *nom*, *nommer*, ont eu dans l'ancienne langue des brahmanes, une racine commune qui signifie connaître. J'aime à citer les témoignages conservés dans les diverses langues de cette antique sagesse qui n'a jamais séparé le signe de l'idée dans les actes de la pensée.

La parole externe ne se distingue de la parole interne ni par sa forme, ni par son accent, ni par son intonnation. La parole parlée, qu'on me pardonne cette expression, est le calque de la parole pensée, de la parole apprise, de la parole ambiante, c'est-à-dire de la langue régnante dans le milieu où l'enfant est levé. L'une reproduit extérieurement, sous forme de proposition, ce que l'auteur dit intérieurement sous forme de jugement. La parole externe volontaire ne diffère de l'autre que parce qu'elle est acquise postérieurement à la suite d'un long et pénible exercice, et qu'elle s'exécute au moyen d'un appareil musculaire approprié. Il résulte de cette différence que la parole externe volontaire peut être troublée ou abolie sans que la parole interne soit pour cela troublée et abolie.

La parole externe volontaire est, en un mot, un mouvement annexé, supposé à la parole interne, afin que la source de la parole humaine ne tarisse pas dans le monde. Cette différence formelle entre deux choses substantiellement identiques a sa raison unique dans la nécessité pour la parole interne de devenir parole externe, et de réclamer l'exécution musculaire de la volonté.

J'ai dit que l'aphasie telle qu'elle résulte du plus grand nombre d'observations rapportées pouvait être limitée à trois ordres de faits. Elle consisterait : 1° dans l'oubli du signe avec l'intégrité du souvenir de la chose signifiée ; 2° dans la lésion des liens d'association entre les mots et les idées, avec persistance de la conscience ; 3° dans l'abolition de la parole externe volontaire, avec possibilité de la parole externe involontaire ou automatique.

Dans les deux premiers ordres de faits, que nous pouvons appeler faits d'amnésie et d'ataxie verbales, la lésion de la parole externe volontaire est une conséquence indirecte, éloignée. La volonté ne peut commander ni l'articulation des mots oubliés, ni la production logique d'une phrase dont quelques mots sont effacés de la mémoire.

L'aphasie proprement dite est la paralysie de l'exécution volontaire de la parole externe, avec possibilité de l'appareil automatique. Cette paralysie seule constitue l'aphasie. La lésion qui la produit peut être limitée dans un point du cerveau, mais elle peut varier, et elle varie en effet ; car il ne s'agit plus de la lésion de la transmission de l'incitation verbale volontaire, comme l'a appelée M. Baillarger. Or, on ne saurait donner le nom d'organe régulateur, législateur, coordinateur de la parole à une série de fibres de transmission, chargées d'irradier le commandement de la volonté, de faire converger le signe ou l'idée signifiée jusqu'à l'appareil de l'exécution verbale externe. Autant vaudrait rechercher l'organe de la volonté et de la pensée. Nous préférons nous en tenir à celui qui est tout trouvé et qui s'appelle lobes cérébraux, et que nous avons appelé psycho-cérébral pour exprimer le concours de toutes les parties dans l'acte de la parole interne ou de la pensée. (Extrait de la *Gazette médicale*, dans son numéro du 17 juin 1865.)

Cet élégant discours, comme l'Académie n'en avait pas entendu depuis longtemps, au point de vue physiologique, démontrait très-bien l'intimité de la parole avec la pensée, ainsi que l'unité d'action du fonctionnement cérébral. A cet égard il ruinait la thèse géné-

rale de M. Bouillaud sur la localisation de la parole; et devant cette thèse aujourd'hui impopulaire nous comprenons admirablement son succès. Cependant, M. Cerise nous permettra de le lui dire, il indique un des points de vue, le plus général, de l'analyse de la parole, et il ne fait pas cette analyse. Bien des faits, et ceux entre autres que nous avons nommés des paraphasies, restent inexplicables physiologiquement et psychologiquement : on ne peut les faire rentrer absolument dans l'un des trois ordres qu'il adopte; et sans une dissection plus détaillée des actes divers de la parole, on ne peut les comprendre. Pour ces faits de paraphasie, son interprétation, comme celle de M. Parchappe, demeure en résumé une fin de non-recevoir.

Nous tenterons à notre tour, si le lecteur veut bien nous suivre, l'étude analytique des actes que la parole comporte.

F. Frédault.

— La suite au prochain numéro. —

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

MÉMOIRE SUR L'ARSENIC FÉBRIGÈNE ET SON EMPLOI DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

S'il y a des gens qui affirment la complète impartialité des juges pour les concours des hôpitaux, il y en a, sans doute, qui croient à l'impartialité et au libéralisme des journalistes. M. Imbert-Gourbeyre a eu lui-même, pendant un certain temps, quelque raison d'y croire. « Qu'il me soit permis, disait-il naguère, de féliciter le D[r] J. Guérin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale*, de son esprit élevé d'indépendance scientifique, et de le remercier de sa bienveillance à mon égard. » Le travail qu'on va lire ayant été, après six mois d'attente, définitivement *refusé* par M. Guérin, M. Imbert, tout en conservant sa gratitude pour le passé,

éprouve le regret de ne pouvoir plus rendre le même hommage à l'*indépendance* du savant académicien. Ce fait est une preuve nouvelle de la scission forcée qu'impose l'intolérance scientifique aux esprits les plus conciliants et les plus persuadés, comme nous le sommes, que, s'il y a deux camps parmi les médecins, il n'y a cependant pas deux médecines.

A. M.

Il existe une fièvre développée par le quinquina : on l'a nommée justement fièvre quinique. Si le quinquina est pathogénétiquement fébrigène, en est-il de même de l'arsenic, son congénère dans la thérapie des fièvres intermittentes? En présence des faits, il faut ici se prononcer pour l'affirmative; mais ces faits, il faut les produire, et tel est l'objet du travail que je publie aujourd'hui. J'aborde, en outre, la question du traitement de la fièvre typhoïde par ce médicament.

I

Hahnemann, dans sa monographie sur l'empoisonnement arsenical, publiée en 1786, a souvent insisté sur les accès fébriles irréguliers survenant dans l'empoisonnement, soit aigu, soit chronique, ce qu'il démontre par de nombreux faits dont il donne l'origine.

Dix ans plus tard, ce grand scrutateur des actes physiologiques des médicaments reconnaît à l'arsenic la propriété de produire le frisson. « Les observations que j'ai pu faire, dit-il, m'ont appris qu'il a une forte tendance à provoquer dans les vaisseaux sanguins le spasme, et, dans les nerfs, cette commotion qu'on appelle frisson fébrile. En le prescrivant à une dose un peu forte (un sixième de grain) pour un adulte, ce frisson devient très-perceptible. Cette tendance en fait un remède très-énergique par son action semblable contre la fièvre intermittente, d'autant plus qu'il jouit de la faculté que je lui ai trouvée d'exciter, lors même qu'on

n'en discontinue pas l'usage, un paroxysme qui se produit tous les jours quoiqu'en s'affaiblissant insensiblement. »(1)

Dans les deux éditions de sa Matière médicale pure, Hahnemann a produit de nombreux symptômes démontrant la propriété fébrigène de l'arsenic, invoquant, en outre, dans le dépouillement de ses devanciers sur le terrain des faits, diverses observations empruntées à Quelmalz, Morgagni (2), Buchholz, Kaiser, etc...

Hahnemann cite aussi un exemple de céphalalgie périodique relaté par Rau (3); mais il a négligé une fort belle observation de Wepfer (4), où l'on voit chez un enfant empoisonné par une servante avec de l'arsenic à doses répétées pendant près d'un mois, survenir une fièvre intermittente tierce, fièvre d'abord régulière, puis irrégulière, se terminant par la mort.

Stapf, dans ses expériments communiqués à Hahnemann, éprouvait le soir, sur les dix heures, une chaleur générale avec rougeur de tout le corps, suivie de sueur.

Harles, dans son traité *de Usu arsenici* (1811), admettait bien les accès de fièvre irréguliers, mais il niait, à l'encontre de Hahnemann, la périodicité régulière. Des accès irréguliers au type fixe, il n'y a qu'un pas, et il en existe des exemples, comme nous le verrons plus bas. Il est curieux de voir Harles se rallier sur ce point,

(1) Essai sur un nouveau principe. *Journal de Hufeland*, 1796.

(2) Quelmalz, *Commercium litt. norimbergicum*, 1737. — Morgagni, *de Sed. et causis morborum*, LIX.

(3) Rau, *Acta naturæ curiosorum*, IX.

(4) Wepfer, *Cicutæ aquaticæ historia Basileæ*, 1679, p. 274. — Avant d'avoir administré l'oxyde blanc d'arsenic, la servante avait donné à plusieurs reprises à l'enfant de l'eau de cobalt destinée à tuer les mouches. Il est probable que la fièvre intermittente qui avait précédé les grands accidents causés par l'arsenic avait été déterminée par le cobalt; du reste, il ne faut admettre ce fait qu'à titre de probabilité.

quoique d'une manière fort obscure, à la loi de similitude.

Et maintenant nous allons voir les dires de Hahnemann confirmés par les médecins complétement étrangers à son école. Ces faits se rattachent à l'administration de l'arsenic, soit à doses toxiques, comme dans les empoisonnements aigus, ou certaines formes d'empoisonnement chronique, soit aux doses thérapeutiques traditionnelles. Commençons par les observations relatives aux empoisonnements aigus.

Ire Observation.

Le 9 mai 1831, Caillette et sa femme sont empoisonnés par l'arsenic jeté dans leurs aliments. Deux heures après le dîner, ils sont pris de nausées qui cessent vers le soir, et qui reviennent le lendemain avec selles diarrhéiques. Le 12, maladie et faiblesse considérable, vomissements, selles avec coliques, pouls irrégulier, surtout chez la femme; dilatation de la pupille, pesanteur de tête; émission des urines rare et difficile. L'homme meurt au bout de treize jours, la femme, le vingt-deuvième, tous les deux avec des accidents analogues. Les vomissements et la diarrhée s'étaient arrêtés dès le quatrième ou cinquième jour, puis il était survenu de la chaleur dans le gosier, de la dysphagie, des aphthes nombreuses dans la bouche, une grande insensibilité des mains et des pieds, surtout chez la femme, et *tous les soirs un accès de fièvre*, état qui se prolongea pour se terminer par une gastro-entérite. (Devergie.)

IIe Observation.

Dans une fabrique de la basse Autriche, cinq personnes, jusque-là bien portantes, sont prises depuis quelques jours, sans cause connue, d'accidents à peu près semblables : au début, malaise et cardialgie; un seul individu est pris de vomissements. Les accidents augmentant, le Dr Flechner est appelé le cinquième ou sixième jour. Les malades se plaignaient, quoique à des degrés différents, de nausées accompagnées quelquefois du rejet de la nourriture, de mucosités et d'un liquide aigre et amer; douleur à l'estomac et aux intestins, avec sensation de légère brûlure dans l'œsophage; régions épigastrique et ombilicale sensibles; selles séreuses, peu fréquentes; soif. *Petits accès de fièvre les jours pré-*

cédents, devenus plus intenses; tiraillement et abattement dans les membres.

L'eau d'une fontaine voisine fut examinée chimiquement et fut trouvée arsenicale. On avait déposé sur les terrains environnant cette fontaine un millier de quintaux de cobalt. Ce minerai y avait passé l'hiver à l'air libre et couvert de neige. La fonte des neiges avait dû entraîner dans la source une certaine quantité d'arsenic et produire ainsi l'empoisonnement des habitants de la fabrique. (Flechner. *Verhandl. der k. k. Gesell. zu Wien,* 1843.)

IIIe Observation.

Une des victimes d'Ursinus, empoisonneuse restée célèbre en Allemagne, avale le poison caché dans ses aliments les 25 et 28 février. Les effets consécutifs de l'arsenic se prolongent pendant un long temps. Au 21 mai suivant, la malade, entre autres accidents, éprouvait de fréquents accès de fièvre (1).

IVe Observation.

Un individu, empoisonné en juillet, se plaignait longtemps après d'acidité stomacale; il vomissait facilement, même après les plus légers repas. Au mois de novembre, il accusait des frissons, de la chaleur, de la soif et de la céphalalgie à des temps indéterminés, surtout la nuit. (Kellermann. *Œsterreich. Jahrb.*, 1840.)

Schaper (2) a publié une monographie intéressante sur l'arsenic au point de vue des phénomènes paralytiques observés chez un individu empoisonné à plusieurs reprises par sa femme dans l'espace d'un mois. Le dernier empoisonnement a lieu le 18 octobre 1839; déjà la paralysie s'était dessinée sur les extrémités, et au mois de mai suivant, le malade transporté de l'hôpital dans un établissement de bains, y est pris de fièvre intermittente. Le médecin rapporteur, ainsi que Schaper, attribue cette maladie intercurrente à l'influence saisonnière, thèse fort acceptable. Mais en présence des faits connus, n'est-on pas porté plutôt à voir ici une action de l'arsenic

(1) Metzger, *Med. ger. Abhandlung;* Kœnigsberg, 1804.
(2) Schaper, *Beiträge zu der Lehre von der Arsenikvergiftung;* Berlin, 1846.

fébrigène sur l'individu empoisonné qui était encore paralysé à cette époque ?

Dehaën du reste cite un fait semblable à celui de Schaper. Une femme s'empoisonne involontairement en juillet. Soulagements après les vomissements, mais quelques jours après, il se déclare une paralysie des extrémités, pour laquelle la malade est renvoyée à des eaux minérales. Entrée à l'hôpital en novembre dans le même état de paralysie, elle y est prise de fièvre avec cardialgie et céphalalgie. « Cogebamur tunc cortice pe« ruviano eamdem fugare. »

On se demandera peut-être comment il se fait que l'arsenic avalé plusieurs mois auparavant et probablement éliminé depuis longtemps peut produire à une aussi longue distance des accidents qui lui soient réellement propres. Ceci rentre dans la thèse de l'action prolongée de l'arsenic et des médicaments en général. Je ne suis point obligé de fournir ici d'explication ; il s'agit seulement de constater les faits. Les accidents consécutifs dans l'empoisonnement par l'arsenic et à longue distance ont été trop souvent observés, pour qu'on ne puisse pas voir ici une relation de cause à effet. Nous ne sommes pas obligés de mettre notre esprit dans les faits, mais bien les faits dans notre esprit.

Outre ces accès de fièvre se produisant à des intervalles plus ou moins déterminés, nombre d'observateurs ont été frappés des accidents périodiques survenant dans les empoisonnements sous formes diverses.

Dans une observation publiée en 1834 dans les *Annales de médecine physiologique*, M. Guyot signale des douleurs d'estomac, du ventre et des articulations se reproduisant périodiquement dans la journée. — Dans un autre cas d'empoisonnement, douleurs et coliques périodiques (Buzorini, *Wurtemb. med. corresp. Blatt*, 1835)

hoquet périodique au cinquième jour d'un empoisonnement (Schindler, *Journal von Graefe und Walther*, 1838); coliques à marche périodique (Choulant, *Henke's Zeitschrift.*, 1841); dans un empoisonnement se terminant par la mort au bout de sept jours, Kersten note de remarquables rémissions périodiques (*Deutsche Klinik.*, 1861).

Bramer, médecin allemand, qui a étudié les maladies des ouvriers maniant l'arsenic en diverses industries, affirme qu'ils sont sujets à un dévoiement périodique. L'auteur considère cet accident, ainsi que les éruptions cutanées, comme un acte essentiellement éliminateur (*Casper's Wochenschrift*, 1840).

C'est l'ensemble de ces faits constatés dans maints empoisonnements, qui a attiré l'attention des médecins légistes; ce qui m'amène à discuter incidemment une question importante de médecine légale.

M. Devergie a insisté particulièrement sur les phénomènes d'intermittence arsenicale : « Ceci, dit-il, est un point très-important de l'histoire des phénomènes morbides de l'empoisonnement par l'arsenic; il est des cas où, chez un individu, on observe, dans le cours de la maladie, des périodes de recrudescence plus ou moins marquées. Ainsi, par exemple, après une dose de poison, il se manifestera des nausées, des vomissements, des coliques, etc...; puis, pendant deux, trois, quatre ou cinq jours, le malade paraîtra aller de mieux en mieux, il pourra supporter quelques aliments; il paraît, en un mot, entrer en convalescence, quand les mêmes accidents se reproduisent avec la même intensité, et souvent avec plus d'intensité une seconde fois, et plus tard une troisième fois. Pour nous, *c'est la preuve* qu'un nouvel empoisonnement a eu lieu. Nous sommes convaincus que la même dose de poison ne peut pas

produire cette série des mêmes symptômes d'action directe sur le tube digestif à distance. » (*Médecine légale*; Paris, 1852).

Il y a, dans cette assertion de M. Devergie, une erreur capitale. Sans doute, dans quelques cas, des doses répétées d'arsenic peuvent être cause de ces symptômes intermittents; mais c'est confondre ici la règle avec l'exception. Il est d'observation, et ce fait a été noté par les médecins légistes anglais, que l'arsenic procède souvent dans l'évolution de ses symptômes par des rémissions ou des intermittences remarquables. Dans l'assertion générale de M. Devergie, il y a, en présence de tous les faits qui militent en faveur de l'arsenic typigène, une erreur d'autant plus grave que, sur le terrain pratique de la justice, elle pourrait, au cas échéant, égarer singulièrement les juges, si la question d'empoisonnement répété était en cause.

L'opinion de Christison et de Taylor est positivement contradictoire de celle de M. Devergie. Le premier a insisté sur la marche paroxystique remarquable des symptômes de l'empoisonnement arsénical.

Dans l'empoisonnement aigu, dit Taylor (1), les symptômes sont le plus souvent continus. Cependant il existe quelquefois des rémissions et même des intermissions qui peuvent donner un espoir trompeur, ou qui, par le retour des symptômes, peuvent faire croire, *à tort*, que de nouvelles doses de poison ont été administrées. Ce fut cette rémission des symptômes qui trompa pendant plusieurs jours les médecins habiles appelés à soigner le duc de Praslin. Tantôt les vomissements avaient cessé, tantôt les douleurs, tandis que la petitesse et l'irrégularité du pouls, ainsi que le froid des extrémités, avaient été constants. Le Dr Maclagan a

(1) Taylor, *On Poisons*; London, 1859.

signalé deux cas dans lesquels le vomissement avait disparu pendant un et trois jours, puis il reparut sans qu'il y eût eu, à coup sûr, de nouvelles ingestions de poisons.

Donc les rémissions ou intermittences signalées dans les empoisonnements sont, en général, un fait ressortant de l'arsenic typigène, et l'opinion des médecins légistes anglais, sur ce point, est une preuve de plus à apporter en faveur de l'arsenic produisant des accidents intermittents.

Tous ces faits se rattachent à l'empoisonnement aigu; certaines formes d'empoisonnement chronique viennent aussi fournir de nouvelles données en faveur de l'arsenic fébrigène.

Depuis près de vingt ans, la science a été saisie de faits d'empoisonnements chroniques déterminés par le séjour dans des appartements peints au vert arsenical ou tapissés de papiers verts arsenicaux. Il y a eu, en Allemagne d'abord, puis en Angleterre, d'assez nombreux travaux à ce sujet. Or, parmi les observations publiées, on en rencontre deux où les accidents intermittents provoqués par l'empoisonnement lent et chronique ont été tellement dessinés, qu'ils ont nécessité l'administration du sulfate de quinine. Ces observations émanent de deux médecins allemands, Oppenheim et Lorinser.

V

Ve Observation.

Une dame âgée de 44 ans fut prise, pendant l'été de 1857, d'une blépharodénite ciliaire, avec blépharite ulcéreuse, affection qui résista à divers moyens et qui ne cessa que lorsque la malade eut cessé d'habiter une chambre peinte en vert arsenical. Ces accidents reparurent en été 1858 avec un nouveau séjour dans la chambre en question, et bientôt survint un catarrhe stomacal chronique qui céda à l'usage du nitrate d'argent. Au mois de novembre suivant, anorexie, nausées, céphalalgie, fièvre violente, diarrhée, hypertrophie légère de la rate et

spasme de la glotte. Au bout de la troisième semaine, la fièvre et les symptômes intestinaux s'apaisèrent, mais l'appétit ne revint pas, la langue resta chargée et la blépharite reparut. Quinze jours après, la malade est *prise tous les soirs de frissons suivis de chaleur* qui disparaissent sous l'influence de la quinine; plus tard surviennent à la suite les uns des autres divers accidents, tels que globe hystérique, gonflement des amygdales avec fausses membranes qui envahissent même le pharynx; grande irrégularité du cœur et de la respiration, sensation d'oppression, tous symptômes analogues à ceux des ouvriers sur l'arsenic et qui précèdent la période de phthisie. On constata dans la poussière de la chambre un grand nombre de particules arsenicales. La maladie n'y séjourna plus, et fut complétement guérie au bout de quatre ou cinq semaines. (Oppenheim. *Verhandlung der naturhist. Verein zu Heidelberg*, 1859.)

VIe Observation.

Une femme avait eu, à plusieurs reprises, dans les années précédentes, de la fièvre avec des douleurs dans les épaules et à la nuque. Ces accidents s'étaient surtout produits dans l'hiver de 1856-57 avec ténacité, accompagnés de grand amaigrissement, de faiblesse et de perte complète d'appétit, ce qui persista jusqu'à ce que la malade se retirât à la campagne, où elle se rétablit complétement.

En novembre 1858, violente fièvre accompagnée de douleurs dans la tête et les épaules; la malade est obligée de garder le lit.

Au bout de quelques jours, la fièvre diminue par les sueurs, et finit par disparaître. Les douleurs s'apaisèrent, mais il survint à la tête toutes les deux nuits une sensation désagréable de fourmillement qui durait jusqu'au matin. Cet accès était accompagné de douleurs tractives dans les épaules et de douleurs pulsatives à l'épigastre, ce qui empêchait la malade de dormir. La nuit et les jours suivants, il y avait sommeil et rémission notable des douleurs, mais l'accès qui survenait après n'en était que plus fort.

Après avoir administré inutilement la quinine, on fit, le 14 décembre, l'examen chimique de la couleur verte dont était peinte la chambre de la malade depuis nombre d'années, ainsi que l'examen des urines. On constata la présence de l'arsenic dans les deux. (Lorinzer. *Wien. med. Wochenschrift*, 1859.)

Si des doses toxiques, qui ont révélé suffisamment les accidents intermittents de l'arsenic, nous passons à

l'arsenic administré à dose médicinale habituelle, nous trouvons ici quelques faits concluants en faveur de sa propriété fébrigène.

Dans ses leçons de clinique, Graves a signalé depuis longtemps, entre autres symptômes, des mouvements fébriles survenant pendant le traitement du psoriasis par l'arsenic.

A ce témoignage du médecin anglais, ajoutons celui d'un médecin français bien connu dans l'histoire de l'arsenic.

« M. Biett, dit M. Boudin, avait remarqué dans les changements du pouls (sous l'influence de l'arsenic) *une sorte de périodicité*. Pour mon compte j'ai vu survenir une fièvre intermittente quotidienne que je fus obligé de combattre par la quinine, chez un de mes malades qui, pour cause d'ichthyose, avait pris 24 centièmes d'acide arsénieux en douze jours. Y avait-il là simple coïncidence? Je l'ignore; toujours est-il qu'à part l'affection cutanée, ce malade jouissait de la meilleure santé, et que sa fièvre intermittente se manifesta à une époque où aucune maladie semblable ne régnait en ville. J'avoue toutefois que ce fait est trop isolé pour être concluant. » (*Traité des fièvres intermittentes*, 1842.)

En 1851, le D[r] Delaharpe publiait dans un journal suisse l'observation d'une jeune fille traitée pour un psoriasis rebelle par l'arséniate de soude, à un huitième de grain matin et soir. La malade fut prise d'une forte fièvre tierce pendant le traitement; elle habitait alors depuis six mois Lausanne, pays non fiévreux. L'auteur, doublé du professeur Clarus, qui rapporte le fait dans le journal de Schmidt, en conclut à l'impuissance de l'arsenic contre les fièvres intermittentes, puisque, lors du développement de la fièvre tierce, l'organisme de la jeune fille se trouvait sous l'influence de l'arsenic qui

n'a pas pu étouffer la maladie typique dès son berceau. Et si, par hasard, l'arsenic avait été ici cause de la fièvre ! *That ist the question.* N'y a-t-il pas déjà assez de faits en faveur de cette thèse, et l'observation du médecin suisse ne vient-elle pas corroborer puissamment l'action fébrigène de l'arsenic? On remarquera que ce fait a les plus grands rapports avec celui de M. Boudin cité précédemment.

M. Germain, dans un mémoire publié en 1860 (*Gazette hebdomadaire*) sur le traitement de la dyspepsie par l'acide arsénieux, a vu une de ses malades se plaindre, quand elle était couchée, d'alternatives de froid et de chaud.

Le Dr Barella cite un cas d'eczéma du cuir chevelu datant de trois ans, guéri à la suite d'un traitement de dix mois par l'arsenic à la dose d'un gramme environ de liqueur de Fowler par jour, avec interruption du traitement de temps en temps pendant quelques jours. L'auteur note pendant le cours du traitement, comme effet physiologique de l'arsenic, qu'il survenait parfois des frissons dans le dos la nuit, frissons durant cinq, six minutes. Il est vraiment curieux, dit ailleurs M. Barella, de voir l'arsenic manifester son action par des symptômes très-différents suivant l'organisme auquel il s'adresse, ce malade éprouvant des frissons, celui-là de la céphalalgie, etc. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, août 1864.) J'ai constaté souvent moi-même ce fait dans mes nombreux expériments sur l'arsenic, à toute espèce de doses ; mais il ne m'avait jamais été donné de voir se développer une véritable fièvre intermittente, lorsque, il y a quelques semaines, j'ordonnai à une petite fille âgée de 9 ans, pour une espèce d'ichthyose, une potion avec 4 gouttes de teinture de Fowler, 2 cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Le remède dura quinze jours, et au bout d'une semaine survinrent plusieurs accès de fièvre intermittente quotidienne régulière que je coupai avec de la noix vomique. Je crois bien que j'ai eu affaire en cette occasion à une véritable fièvre arsenicale.

La propriété fébrigène de l'arsenic nous remet en mémoire la lutte que soutint Orfila au sujet du traitement antiphlogistique qu'il préconisait dans l'empoisonnement arsénical. Pour légitimer sa méthode, le célèbre doyen se fondait surtout sur la forme sthénique des symptômes de l'empoisonnement; et pour corroborer ses dires par les symptômes produits non-seulement à doses toxiques, mais aussi à doses moyennes, il s'était fait délivrer par MM. Cazenave et Schedel une note sur les effets physiologiques de l'arsenic observés à l'hôpital Saint-Louis; note qu'on peut lire dans son traité de toxicologie; ce qui est un argument de plus à l'appui de ma thèse.

Il ressort de tous ces faits que la propriété fébrigène de l'arsenic paraît incontestable; il en est de même des accidents divers sous forme périodique qu'il a la faculté de produire. Si l'on donnait une attention sérieuse aux actes médicamenteux, on arriverait à constater encore un plus grand nombre de faits. Ici, comme partout ailleurs, ils doivent abonder; mais les observateurs sont rares (1).

(1) A cette heure, les médecins de Lyon sont placés dans une condition très-favorable pour étudier sur une grande échelle la symptomatologie arsenicale, grâce aux fabriques de fuchsine et d'aniline où l'on emploie l'arsenic réducteur en quantité considérable. Déjà une excellente thèse, émanée d'un élève distingué de l'École de médecine de la cité lyonnaise, a paru sur ce sujet (Dr Charvet, *Étude sur une épidémie qui a sévi parmi les ouvriers employés à la fabrication de la fuchsine*; Paris, 1863), et la Société impériale de la même ville, en mettant récemment au concours la question des accidents causés par l'aniline, provoquera nécessairement des travaux qui jetteront une plus grande lumière sur les nombreux symptômes développés par l'arsenic.

J'ai essayé de mettre en relief la propriété fébrigène de l'arsenic. Cette propriété a été niée par M. Trousseau dans son *Traité de thérapeutique*. Mais le célèbre professeur a commis tant d'erreurs sur le chapitre de l'arsenic et sur les propriétés physiologiques de nombreux médicaments, qu'il n'est nullement acceptable dans ses négations. Du reste, en ce qui touche l'arsenic, il s'est contenté de copier malencontreusement l'ouvrage de Harles, sans rien vérifier; ce qui ne l'empêche pas, sur le terrain de la symptomatologie, de traiter les travaux homœopathiques de *rêveries hypochondriaques*. Le professeur de thérapeutique de la Faculté de Paris ne s'est jamais mieux fourvoyé que dans cette question.

IMBERT-GOURBEYRE,
Médecin aux eaux de Royat.

— La suite au prochain numéro. —

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 4e ARTICLE (1) —

2° Diathèse purulente puerpérale.

Des préjugés non moins enracinés tendent à dénaturer la notion et les caractères de la diathèse purulente puerpérale. Mais ces préjugés eux-mêmes et les difficultés qui en résultent doivent nous inciter davantage à dégager la réalité de toutes les ombres qui la dissimulent à nos yeux.

Bien que la circonstance, toujours si remarquable, d'un accouchement récent, sollicite à bon droit l'attention sur ce nouvel aspect de la maladie, et que celle-ci se révèle le plus ordinairement, d'ailleurs, par un enchaînement de symptômes et de lésions qui ne permettent

(1) Voir *l'Art médical*, mai, juin et juillet 1865.

guère de doute à nos yeux sur l'évidence même de sa nature, il s'en faut beaucoup que sa constatation soit nettement formulée et distinctement établie pour la plupart des médecins. On peut même affirmer sans crainte que nulle part l'incertitude n'est plus absolue, la controverse plus flagrante. Et, je ne sais, pour en donner aussitôt la preuve, si l'on trouverait facilement dans les annales de la science un monument plus considérable de l'arbitraire et de l'anarchie des opinions que celui dont l'Académie impériale de médecine nous a laissé le souvenir dans la mémorable discussion sur la fièvre puerpérale, en 1858. Il suffit d'en appeler à cette épreuve décisive pour montrer à quelle confusion sans terme et sans issue sont voués les hommes, même de la plus haute expérience, par suite de leur obstination à détourner les yeux de la seule doctrine médicale qui pourrait les affranchir de l'incessante poursuite de la pierre philosophale, cette convoitise désordonnée de tous les systèmes sans exception. Cet enseignement doit porter ses fruits.

Il est, certes! tout à fait superflu de rappeler, en parlant de la diathèse purulente puerpérale, que de toutes les maladies qui sont l'inexorable partage de l'espèce humaine, aucune peut-être ne pèse avec plus de rigueur sur la postérité d'Adam. Nulle n'est plus complétement, suivant la remarque de J.-P. Tessier, la douloureuse sanction de cette sentence terrible : *Tu enfanteras avec douleur*. Aucun fléau ne frappe des victimes plus dignes de nos sollicitudes et ne porte plus soudainement la terreur et le deuil au sein des familles, au meilleur moment de leurs plus douces joies. Quel grave sujet de préoccupation pour le praticien si souvent témoin de l'impuissance de son dévouement et de l'inefficacité de son art en face de ces navrantes cata-

strophes! Comme, dans sa détresse, l'humble et fervent serviteur de l'humanité se tourne avec angoisse vers les hauts sommets de la science, pour en supplier les oracles, pour en implorer le secours! Or, voici comment viennent à son aide les princes de l'enseignement; voici ce que lui ont répondu naguère, du haut de leurs chaises curules, les anciens de l'Académie, interrogés sur l'existence de la maladie qui nous occupe, sur sa nature, sur ses symptômes, sur ses causes, sur son traitement.

1° Existe-t-il un état morbide particulier, propre aux femmes nouvellement accouchées, sous la désignation vulgairement reçue de fièvre puerpérale, c'est-à-dire une *maladie* une, distincte, définie, indépendante de toute autre, source des accidents si graves, si fréquemment mortels qui incombent, d'un aveu unanime, à la puerpéralité? M. le professeur Depaul l'affirme, M. le professeur P. Dubois le suppose, M. le professeur Trousseau le nie. Doute, incertitude sur cette première question.

2° Quelle est, au moins, la nature de ces accidents dont tous les médecins reconnaissent la gravité et la fréquence dans l'état puerpéral?

M. Depaul, qui attribue les phénomènes morbides en question à une maladie *essentielle* (et il entend par là assez mal à propos, une fièvre *primitive et indépendante des lésions organiques*), fait consister cette maladie dans une *modification générale de l'organisme*, *préexistant à toute altération locale*.

M. Dubois se prononce encore moins carrément. Il serait disposé à comprendre les accidents puerpéraux sous deux groupes de *phénomènes pathologiques*, dans lesquels, selon lui, ils se décomposent. Toutefois, il

continue d'admettre une fièvre puerpérale pour ainsi dire de sentiment (suivant le mot de notre bien regretté F. Gabalda (1)), et par une sorte d'entraînement de l'opinion ; et il suppose, pour en expliquer la nature, *l'intervention d'une cause générale inconnue encore dans son essence et dont l'un des premiers effets sans doute serait une altération des liquides et surtout du sang.* Cette intervention tout hypothétique d'une cause inconnue, dont les résultats aboutissent à des conjectures gratuites, n'éclaire pas beaucoup la question.

M. Beau, se rattachant au contraire avec énergie à l'opinion de Bichat, et repoussant l'idée d'un état morbide indépendant, attribue la fièvre prétendue puerpérale à des *phlegmasies* diverses, principalement du *péritoine* ou de l'*utérus*, dominées par une *diathèse inflammatoire.*

M. Piorry va plus loin encore, et d'après les errements bien connus de son système, il ne veut entendre parler, à aucun prix, de fièvre essentielle ou de maladie particulière, pour retenir seulement les *lésions* extrêmement variées de l'état puerpéral habillées à la dernière mode de sa nomenclature : l'utérite septique, la phlébite partielle ou générale, la péritonite utérique, la septicopéritonite, la septicémie, la pyémie, les pleurites, les arthrites, les éthmoïtes, etc., etc.

Enfin, M. Trousseau a pu soutenir, et non sans quelques témoignages sérieux, — malheureusement détournés de leur véritable signification — que la fièvre puerpérale, à vrai dire, n'existe point, — en tant que maladie spéciale à l'état puerpéral et à la femme, — puis-

(1) Discussion sur la fièvre puerpérale à l'Académie de médecine (*Art médical*, t. VII, p. 389 et 466). Nous renvoyons pour plus de développements à cet excellent article critique auquel nous avons puisé nous-même avec grand profit.

qu'on l'observe non-seulement chez cette dernière en dehors de la gestation et de l'accouchement, mais encore chez les hommes et les enfants ; et le savant professeur a conclu qu'il faut la considérer comme une maladie, sinon essentielle, au moins de nature *spécifique*.

Ainsi doute et incertitude encore sur cette seconde question, et l'on ne peut dire si la fièvre puerpérale constitue un groupe de symptômes ou un groupe de lésions, une maladie essentielle ou une maladie spécifique, enfin un état morbide spécial ou non à la puerpéralité.

3° Quant aux symptômes par lesquels se révèle à l'observation cet état morbide quelconque, leur tableau n'est pas moins confus et variable suivant le point de mire particulier de chaque observateur.

M. Depaul voulant séparer, pour les besoins de son hypothèse, cet état morbide de l'infection purulente, s'enferre jusqu'à la garde dans le parallèle symptomatologique qui suit : « L'infection purulente ne fait jamais invasion dans les premiers huit ou dix jours des couches ; c'est l'inverse pour la fièvre puerpérale. Ordinairement l'infection purulente est précédée ou accompagnée de symptômes de phlébite ; les cas où l'on dit l'avoir vue débuter par le frisson sont douteux. Les frissons de l'infection purulente sont plus nombreux que ceux de la fièvre puerpérale ; ils sont séparés par des rémittences plus longues et plus complètes ; ils présentent absolument les mêmes caractères que chez les opérés. Bientôt, d'ailleurs, survient la teinte ictérique de la peau, qu'on n'observe pas dans la fièvre puerpérale ; ici la face est pâle ou les pommettes plus ou moins injectées. Les abcès métastatiques des viscères, ceux du tissu cellulaire, les suppurations intra-

articulaires ne se voient jamais dans cette dernière affection. » Et après cette tentative toute de fantaisie d'une distinction radicale, qui repose sur de vagues et fugitives nuances et qui, par conséquent, ne peut aboutir à une réalité pratique sérieuse et positive, l'honorable tocologiste rejette hors du domaine véritable de la maladie tous les exemples de lésions locales synchroniques, à plus forte raison préexistantes, à son début, c'est-à-dire une bonne part des faits d'observation.

M. le professeur P. Dubois, malgré son autorité et son expérience dans ces matières, ne s'est pas moins égaré en essayant de se frayer une autre issue. Il s'est efforcé de ramener les symptômes puerpéraux, comme nous l'avons dit, à deux groupes de phénomènes pathologiques : les premiers, comparativement bénins, comprenant surtout des métrites, des péritonites, des métropéritonites, des ovarites, « lesquelles ordinairement limitées, peuvent prendre exceptionnellement un développement considérable et par conséquent dangereux ; » les seconds, qui correspondent surtout à la fièvre puerpérale, embrassent les mêmes symptômes que les précédents, « mais avec des différences capitales. » Ainsi, dans ces derniers faits, « le frisson initial est souvent plus intense, plus prolongé et surtout plus rapproché de l'accouchement ; la coloration rouge de la figure, qui est un des caractères de l'état précédent, est remplacée par une pâleur et une altération profondes ; la respiration, seulement accélérée, par une respiration rapide et une oppression manifeste ; le calme relatif, par une agitation incessante, qui n'est que l'expression d'un malaise extrême ; la douleur locale et tolérable de l'abdomen, par une souffrance vive et beaucoup plus étendue ; l'état presque naturel des parois abdominales, par un ballonnement remarquable ; la

constipation habituelle, par la diarrhée; enfin la curabilité à peu près constante, par une incurabilité à peu près certaine. » Dans ce tableau tracé avec talent, comment voir, en définitive, autre chose que des phénomènes différant encore moins par leur nature que par leur degré d'intensité très-variable et ne pouvant servir en aucune manière de caractères nosologiques positifs pour la science, de signes séméiotiques rigoureux pour la pratique? C'est ce qui ressort non-seulement de l'exposé qui précède, mais encore des déclarations elles-mêmes de l'auteur. Suivant M. P. Dubois, en effet, «la fièvre puerpérale, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres essentielles, n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre.»

Pour M. Beau, ce caractère anatomique propre aux accidents puerpéraux existe; il est univoque et constant: c'est la péritonite. Partielle ou générale, cette lésion est la raison d'être, et tout bien considéré, suivant son étendue, le génie même de la maladie. Restreinte à la zone sous-ombilicale, elle est relativement bénigne et susceptible de guérison. Mais lorsqu'elle gagne, de proche en proche, la région sus-ombilicale, elle s'accompagne de symptômes ataxo-adynamiques décorés par M. Depaul et les auteurs du nom de fièvre puerpérale. De sorte que cette dernière, en définitive, n'existe point ou ne constitue autre chose que le groupe des phénomènes généraux qui accompagnent les fièvres typhoïdes graves.

Il est difficile, ce me semble, qu'un tel dissentiment sur les caractères servant à faire reconnaître la maladie n'ajoute plutôt à leur confusion. Ainsi, même sous ce rapport des symptômes de la fièvre puerpérale, la contradiction règne parmi les observateurs.

En somme, la divergence est partout; et l'anarchie dans cette grave question éclate trop visiblement à tous les yeux. Et si, pour pousser plus loin cette enquête, il était nécessaire de mettre ici en regard les opinions professées — toujours dans cette même discussion — sur les causes et le traitement de la fièvre puerpérale, il nous serait trop facile de montrer que ces grands et importants problèmes n'ont mis et ne pouvaient mettre en évidence, au grand soleil et sur toute la ligne, que l'incertitude fatale, irrémissible, et, disons le mot, le désolant scepticisme de l'Académie.

Oui! tous les hommes jaloux de l'honneur de la science, tous les praticiens intéressés à l'avancement de l'art, tous les nobles cœurs émus de pitié pour les détresses de l'humanité, ont dû déplorer, en cette circonstance, le scepticisme de l'Académie, non le néant de la médecine. Car, enfin, il faut choisir, et, Dieu merci! la vérité médicale, bien qu'elle soit en question, n'est point en péril. Elle vit toujours dans les enseignements de la tradition, et elle ne cesse d'inspirer les heureux instincts de la pratique. Qui s'avisera de la nier parce qu'elle est momentanément éclipsée par l'ombre opaque et fuligineuse des systèmes? parce que des observateurs dont le zèle égale le talent se découragent à la chercher dans la voie obscure et malencontreuse où, sur la foi des errements en vigueur, ils se sont fourvoyés? Livrés, en l'absence d'une doctrine fixe et tutélaire, à tous les caprices qui les sollicitent dans le champ illimité des conjectures, ils en récoltent les mécomptes. Ils courent après l'ombre : la réalité les fuit. N'est-ce pas le châtiment ordinaire et assuré de cette prétendue science affolée de positivisme, destinée à devenir, après avoir jeté par-dessus le bord le lest de ses immuables principes, l'inévitable jouet des préjugés, l'éternelle dupe de ses

illusions? Toutes les opinions s'en disputent l'empire, sans pouvoir jamais l'obtenir d'une manière durable, sans pouvoir s'imposer d'une manière absolue : également vraies, également fausses, également impuissantes, également indifférentes aux yeux de tous...

Aussi, l'un des hommes les plus autorisés, et de qui l'on pouvait attendre le plus de lumières dans la discussion dont nous venons de parler, M. P. Dubois, a-t-il pu la résumer par ces paroles : « Je ne me fais aucune illusion sur l'accueil qui sera fait à mon opinion depuis longtemps connue, bien qu'elle compte, parmi ses défenseurs, des noms illustres dans la science. M. Beau n'en maintiendra pas moins la toute-puissante influence de l'inflammation sur la gravité de la maladie; M. Velpeau continuera d'enseigner, avec sa grande et légitime autorité, la doctrine de l'infection purulente; et M. Hervez de Chégoin restera fidèle à son étiologie de l'infection putride. » — En un mot, chacun pour son système et... le doute pour tous.

Mille routes, disait Montaigne, *desvoyent du blanc : pourtant une y va.*

Or, quel est ce chemin qui, relativement à la fièvre puerpérale, peut nous conduire droit au but? M. Trousseau semble l'avoir un moment entrevu lorsque, adjurant ses collègues de l'Académie égarés dans cet inextricable labyrinthe, il s'est écrié dans l'un des moments les plus heureux et les plus lucides de sa pensée : « Vous vous exposez à tomber dans les erreurs les plus graves, ô vous qui refusez d'arriver à la notion de l'espèce pathologique! » Malheureusement, après avoir signalé le mal, le brillant académicien n'en a pas indiqué le véritable remède; et, en proposant, au lieu et place des visées de l'organicisme, la vieille panacée plus ou moins

rajeunie du spécificisme pour constituer la notion de la fièvre puerpérale, il n'a fait que déplacer l'erreur et ajouter encore à la difficulté. En effet, sa théorie favorite de l'humeur morbifique — intervenant, d'une manière générale, comme cause prochaine et, en particulier, comme ferment spécifique dans l'essence de la maladie, — n'est point le fil conducteur qui nous fera sortir de ce dédale. Cette hypothèse gratuite, renouvelée de Campanella et de Fernel, n'est qu'une chimère et un embarras de plus.

Ainsi, encore une fois, ce n'est point à ces conjectures diverses, si haute que soit l'autorité de ceux qui les professent, que nous pouvons demander avec sécurité la notion rigoureuse de la fièvre puerpérale et la justification suffisante de ses caractères. Seuls, les féconds enseignements de J.-P. Tessier nous en donnent le moyen. Non pas que sa doctrine contienne la solution immédiate et définitive de tous les problèmes controversés à cette occasion, mais elle a, du moins, l'unique et précieux privilége de mettre dès à présent la science en possession de ses données légitimes et de dissiper les entraves, les incertitudes et les malentendus qui paralysent ses progrès. Elle est la voie lumineuse de ce chaos.

A ce point de vue, qu'est-ce donc que la fièvre puerpérale? une lésion? un symptôme? une maladie? et, dans ce dernier cas, une maladie propre et afférente à la puerpéralité? La doctrine de l'essentialité contient seule la réponse à ces demandes. Mais il est une question préjudicielle que nous devons examiner sommairement pour l'intelligence de la discussion. Cette question est la suivante :

Qu'est-ce que l'état puerpéral?

Faut-il entendre, sous le couvert de cette dénomination, un état *physiologique* ou *morbide?* une fonction ou une maladie? une cause ou un effet?

Au fond, la puerpéralité n'est point un état contre nature dont les divers symptômes, dits puerpéraux, ne seraient que les manifestations variées. Il n'y a point ici, à vrai dire, interversion complète de l'ordre naturel. C'est l'ensemble des actes et des conditions *physiologiques* déterminés par le travail de l'accouchement; la dernière série des phénomènes palingénésiques dont la femme est le support depuis la fécondation jusqu'après le détachement du fruit; l'évolution finale par laquelle l'économie vivante reprend possession, si je puis dire ainsi, de sa première intégrité.

Toutefois, ce n'est pas tout; et, pour compléter la notion de l'état puerpéral, il est important de reconnaître et d'ajouter que cette période particulière de la vie de la femme, encore qu'elle reste subordonnée à l'empire des lois physiologiques, se trouve plus que toute autre sur les confins de l'ordre pathogénique, exposée à ses empiétements, comptable de ses revers. Il y a là une aptitude morbide énergique dont il est facile de se rendre compte.

En effet, de même que les périodes de la dentition, de la puberté, de la ménopause, la puerpéralité est une période critique. Elle a son contingent ordinaire de maux, tantôt éphémères et inaperçus, tantôt multipliés et véhéments. Ce sont, dans la généralité des cas, de simples troubles accidentels — retentissant, en particulier, sur certains organes spéciaux — tenant à la perturbation introduite dans l'économie par l'accomplissement toujours plus ou moins violent de la parturition. Ces dispositions ne s'élèvent point, le plus souvent dans ce cas, au delà du malaise compatible avec la santé; mais, d'au-

tres fois, cette limite de la souffrance accidentelle est dépassée, et il en résulte des maladies qui, en conservant plus ou moins le cachet de leur origine, viennent se superposer aux incidents réguliers et normaux de l'état puerpéral.

La puerpéralité présente, au plus haut degré, en même temps que ce caractère critique, une aptitude plus spéciale et plus décidée à l'expansion de l'activité morbide, en plaçant la femme dans des conditions identiques à celles qui accompagnent les blessures ou les importantes opérations chirurgicales. La douleur et l'attrition des parties contuses par le passage du nouveau-né, le décollement des membranes et du gâteau placentaire, la plaie utérine qui en résulte, l'exhalation puriforme qui la suit, sans compter les complications diverses telles que les ecchymoses plus ou moins étendues, les hémorrhagies plus ou moins considérables, les syncopes, les phénomènes nerveux, etc., toutes ces conditions ont fait comparer depuis longtemps l'état puerpéral à l'état traumatique, et les accidents que l'on observe chez les nouvelles accouchées à ceux qui compliquent les blessures ou les opérations.

Ce cortége de maux et d'éventualités plus ou moins redoutables — qui menacent et atteignent si fréquemment l'état puerpéral — révèle assez clairement, même aux yeux les plus distraits, les effets de la loi originelle par laquelle l'enfantement de la créature humaine a été condamné à la douleur. De là vient que tous les actes qui doivent concourir à cette fin, la gestation, la parturition, les suites de couches, même dans leur accomplissement le plus normal, participent, d'un côté, à la souffrance, et, d'autre part, mettent en jeu très-aisément les prédispositions les moins irrécusables aux maladies.

Voici, d'ailleurs, d'une manière générale, ce que nous enseigne à ce sujet l'observation.

Dans le plus grand nombre de cas, l'évolution puerpérale ne transgresse pas l'ordre physiologique.

D'autres fois, sous son influence, trois groupes de maladies peuvent se manifester.

Ou ce sont des maladies qui lui semblent *indifférentes*, en ce sens qu'elles se développent, beaucoup plus ordinairement, en dehors de cette influence, telles que : la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle, l'anasarque albumineuse, l'aliénation mentale, etc., etc.

Ou ce sont, au contraire, des affections plus directement liées à l'état puerpéral, telles que la *phlegmatia alba dolens* (franche et simple) (1).

Ou enfin ce sont des états morbides très-variés qui, sans lui être propres, en reçoivent cependant une impulsion *accidentelle* plus ou moins énergique, et ont, par conséquent, pour siége ordinaire, les organes le plus activement soumis à son empire, — tels que : la fluxion ovarique, l'engorgement des ligaments larges, l'abcès de la fosse iliaque, l'inflammation de l'utérus, la rétention des matières dans l'intestin ou la vessie, les hémorrhagies, les affections gangréneuses ou tenant à la putridité, et toutes les affections symptomatiques de la diathèse purulente sporadique ou épidémique.

Cette simple énumération nous fait déjà suffisamment reconnaître que cet état complexe ne saurait être considéré comme une maladie, et que toute fièvre, ou, pour mieux dire, tout mouvement fébrile qui s'allume pendant son cours, ou tout groupe de symptômes liés, sous cette influence, à des états morbides de nature diffé-

(1) Affection qu'il ne faut pas confondre avec la phlébite ou l'angioleucite suppurées, ou même le phlegmon diffus des membres, symptomatiques de la diathèse purulente.

rente, ne saurait constituer, par cela seul, une maladie confuse dite *fièvre* ou *une maladie puerpérale*.

Ce préambule n'était pas inutile : il nous a permis de dissiper les premiers malentendus qui s'élèvent au seuil même de la question. Rien ne nous empêche maintenant de marcher droit au but.

1° La fièvre puerpérale serait-elle un *groupe de symptômes*, par exemple, ce que l'on nomme l'*état typhoïde*, c'est-à-dire une association de phénomènes dits *ataxo-adynamiques*, semblables ou même identiques à ceux qui accompagnent les fièvres continues ou éruptives graves ? Non, et la raison en est bien claire. D'une part, ces prétendus symptômes, tirés de l'ataxie ou de l'adynamie, manquent fréquemment dans la fièvre puerpérale ; et, d'autre part, lorsqu'ils existent, ils offrent à l'œil attentif et exercé du praticien des caractères cliniques qui ne permettent pas de les confondre avec ceux que l'on observe dans le cours des fièvres typhoïdes, morbilleuses, varioleuses, scarlatineuses, etc., etc.

Ceci, dira-t-on peut-être, est une simple assertion. Il pourrait nous suffire, pour passer outre, de renvoyer nos contradicteurs sur ce point compléter leur observation au lit du malade ; mais nous aimons mieux nous prêter à toutes leurs exigences et leur donner complète satisfaction par la voix des maîtres les plus autorisés. M. P. Dubois, d'une part, M. Voillemier, de l'autre, pour ne citer ici que ces deux autorités irrécusables, ont décrit avec beaucoup de soin et de fidélité les symptômes de la fièvre puerpérale, dans la forme épidémique la plus grave, celle que l'on nomme précisément — et d'ailleurs à tort — la forme typhoïde. Or, dans cette forme même, il n'est point difficile, sans faire preuve d'un jugement séméiotique supérieur, de distinguer

les phénomènes qui caractérisent la fièvre puerpérale des phénomènes généraux plus ou moins analogues qui incombent aux fièvres typhoïdes graves : la présence habituelle des frissons, l'ictéricie ou la pâleur, l'altération particulière de la face, l'affaissement rapide des forces, la conservation ordinaire de l'intelligence, même jusqu'au dernier moment; tous ces symptômes de la première des deux maladies ne sauraient être identifiés avec ceux auxquels on affecte de les réunir sous la dénomination vicieuse de symptômes ataxo-adynamiques.

Prenons — pour établir aussi sommairement que possible ce parallèle classique — deux symptômes simplement : l'*aspect de la physionomie* et la *conservation de l'intelligence*.

L'aspect de la physionomie dans la fièvre puerpérale a frappé tous les observateurs : « La face, dit M. P. Dubois, ne se colore point et reste d'un blanc terne, d'une couleur cendrée presque caractéristique, relevée de quelques taches pourpres sur les joues, avec coloration plombée des paupières, rétraction des traits du visage, etc., etc. » M. Voillemier n'est pas moins explicite : « Lorsque la maladie se manifestait avec quelque intensité dès le début, que le frisson s'était prolongé et que les douleurs abdominales étaient vives, la physionomie éprouvait rapidement une altération profonde. On ne saurait croire combien peu de temps suffisait pour cela; dans l'espace de quelques heures, des malades qui vous avaient offert un visage calme, plein de santé, vous les retrouviez avec tous les traits décomposés, les joues pâles, les lèvres entr'ouvertes et tremblantes, les yeux égarés, toute la face grippée, couverte de sueur, et avec un air de singulière souffrance.... »

De même l'état de l'intelligence. Suivant M. Dubois :

« Un léger délire a quelquefois lieu, particulièrement le soir et la nuit ; cependant les facultés intellectuelles demeurent intactes le plus souvent... » D'après M. Voillemier, vers la fin seulement de la maladie, alors que l'on pouvait redouter avec raison une terminaison funeste, « commençaient à se manifester quelques troubles du côté de l'intelligence, un délire tranquille, souvent continu pendant la nuit ; il était rare que cette altération de l'intelligence fût poussée assez loin pour que les malades ne reconnussent pas les personnes qui les soignaient. Ordinairement, si on leur adressait la parole au milieu de leurs rêvasseries, elles répondaient avec justesse. Une fois l'attention éveillée et fixée, on eût dit que la volonté redevenait maîtresse du mécanisme intellectuel que, l'instant d'avant, elle laissait aller au hasard : ces cas étaient assez rares. C'était, au contraire, un des caractères les plus marqués de la fièvre puerpérale, que cette intégrité de l'esprit que les femmes gardaient dans toutes les périodes de leur mal et jusqu'à leur dernier moment. Au milieu de la perversion et de la destruction générale des fonctions, l'intelligence seule subsistait intacte pour ne cesser qu'avec la vie. »

Que l'on compare ce visage grippé, rétracté, pâli ou maculé de tons livides — sur son fond mât et terne — souvent baigné de sueur, exprimant la souffrance et où éclate encore, en même temps que la sensibilité, l'intelligence jusqu'au dernier moment survivante, que l'on compare, dis-je, chez les victimes de la fièvre puerpérale, ce visage ému et résigné inspirant la sympathie et la compassion — avec l'hébêtement, la stupeur des typhoïdes portant l'empreinte de l'horrible et violente perversion de leurs facultés intellectuelles ! Pas un praticien expérimenté ne s'y méprendra. Les préoccupations seules de nos systèmes rendent troubles toutes ces clartés.

Et notez que nous parlons ici de la fièvre puerpérale dite typhoïde, de cette variété à laquelle, par conséquent, les symptômes adynamiques ou de l'état typhoïde semblent avoir quelque meilleure chance de s'adapter. Or, on vient de voir, seulement par le compte rendu clinique de deux des symptômes de la fièvre puerpérale, combien, en réalité, ils diffèrent de ceux avec lesquels on prétend les identifier dans les fièvres continues graves.

De même pour tous les autres symptômes, sans exception. Mais je pense qu'il n'est pas autrement nécessaire d'insister sur ce parallèle et de revenir incidemment sur la question générale de l'état typhoïde, d'ailleurs définitivement jugée depuis la thèse présentée par notre bon ami le D[r] Milcent au concours pour l'agrégation en médecine à la Faculté de Paris, en 1847 (1). Nous y renvoyons le lecteur, assuré de trouver dans ce remarquable travail, non-seulement la condamnation capitale, amplement motivée, du syncrétisme pathologique dont nous parlons, mais encore tous les documents qui se rapportent à la question plus particulière qui nous touche en ce moment.

En résumé, la fièvre puerpérale n'est point une association de symptômes dits typhoïdes ou ataxo-adynamiques, association que l'on dit à tort commune à diverses maladies. Telle est la première conclusion qu'il nous importe d'établir.

2° La fièvre puerpérale peut-elle être considérée comme une *lésion* ou un *groupe de lésions*, cause prochaine et immédiate des symptômes précédents? Non, pour trois motifs.

a. Elle ne se révèle point par une lésion constante. « Quand on relève, en effet, dit M. Dubois, le résultat d'un grand nombre d'observations recueillies pendant

(1) *De l'état dit typhoïde dans les maladies.*

la vie, et de recherches faites après la mort, on arrive inévitablement à cette conclusion, qu'il n'y a presque aucun organe qui ne puisse être altéré et souffrant dans le cours de la maladie (la fièvre puerpérale), et aucun viscère et aucun tissu dont on n'ait pu constater l'altération par l'examen cadavérique. » La péritonite, elle-même si commune, peut faire complétement défaut.

b. La variété des lésions n'entraîne le plus souvent aucune modification importante corélative dans la marche générale de la maladie. Que ce soit la péritonite, la phlébite, l'angéioleucite utérine, ou des épanchements purulents dans les poches synoviales ou séreuses, ou des collections sous-cutanées ou intermusculaires diffuses, ou des abcès métastatiques du foie ou du poumon, qui se rencontrent à l'autopsie, la nature et le génie même des accidents, en dehors de quelques phénomènes locaux assez secondaires, n'en reçoivent pas pendant la vie l'empreinte bien sensible ; et toutes ces altérations peuvent coexister ou se succéder dans une seule et même épidémie.

c. Enfin, les lésions ne jouent point ici un rôle nécessaire. En effet, il n'est personne qui ne convienne que, dans quelques épidémies à forme foudroyante, où la mort, par conséquent, arrive très-vite, les lésions de la fièvre puerpérale peuvent être insignifiantes ou même nulles.

Il faut donc chercher l'essence de cette dernière ailleurs que dans le fait de ses lésions, quelque intérêt que méritent d'ailleurs celles-ci.

3° La fièvre puerpérale ne pouvant être classée dans aucune des catégories d'affections contre nature qui précèdent, il faut bien revenir à nous demander — c'est, en vérité, une nécessité assez singulière — si elle n'existe pas à titre de *maladie*. Elle en a tous les attri-

buts essentiels et manifestes : l'unité, l'indépendance, le concours des symptômes et des lésions, l'évolution définie, la marche régulière et déterminée, etc., etc.

Il nous paraîtrait superflu d'insister sur ces caractères dont l'évidence se revèle d'elle-même et que nul praticien, du moins, ne voudrait contester. Poser ainsi la question sur le terrain clinique, c'est la résoudre. Au lit de la jeune accouchée, quand le drame pathologique vient substituer à l'improviste les préludes sinistres de la mort aux épanouissements les plus radieux de la vie; tous les plus grands théoriciens se taisent, tous les plus beaux systèmes s'évanouissent; la réalité seule s'impose: Ministre autorisé de la nature, le médecin a deviné ou plutôt reconnu l'ennemi. Aux premiers symptômes; il a pressenti le plus souvent l'ensemble, le cours, la durée, la gravité des accidents, parce qu'il s'inspire, en ce moment suprême, à leur loi véritable, à leur essence réelle, à leur notion invincible : la maladie. Oui ! il y a là une maladie distincte, définie, identique, sous ses diverses formes, dans le temps et dans l'espace; manifeste par ses caractères : — tel est l'instinct pratique, le cri de l'évidence, l'assentiment de l'expérience universelle ! JULES DAVASSE.

— La suite au prochain numéro. —

SÉMÉIOTIQUE ET NOSOLOGIE

DE L'ALIÉNATION ET DE LA FOLIE. — LEUR DISTINCTION ET LEUR CLASSIFICATION.

— SUITE ET FIN (1) —

FORME MALIGNE.

Cette forme est caractérisée par une marche rapide, une durée très-courte, une terminaison presque toujours mortelle, l'incohérence, l'agitation et la fureur

(1) Voir *l'Art médical*, mars avril et juillet 1865.

maniaque pendant la plus grande partie de sa durée.

Cette forme peut débuter brusquement par un accès de manie aiguë, et parcourir toutes ses périodes en quelques jours. Ce début est rare et il s'observe surtout quand la maladie reconnaît pour cause une émotion violente : la frayeur, la colère, un chagrin subit et imprévu. Mais le plus ordinairement la manie aiguë est précédée d'une période d'invasion qui dure plusieurs semaines. Cette période d'invasion est caractérisée le plus souvent par une mélancolie ou une lypémanie profonde, présentant des périodes d'exacerbations et de rémission quelquefois complète. C'est pendant une de ces périodes d'exacerbation que la manie éclate et que la maladie arrive ainsi à sa période d'état.

Cette période d'état a généralement été décrite sous le nom de *délire aigu*, parce que l'incohérence et la fureur maniaque qui caractérise cette période et le mouvement fébrile qui l'accompagne, donnent à la maladie une grande ressemblance avec la méningite.

L'inconvénient principal de cette dénomination est de désigner une forme de maladie par le nom d'un symptôme qui peut manquer dans cette forme même et qui se montre quelquefois dans d'autres formes. Ainsi le délire, accompagné d'inflammation de la pie-mère et de la couche superficielle de la substance grise, la méningite en un mot, survient, il est vrai, comme une complication fréquente dans les derniers jours de la forme maligne. Mais cette même complication se montre, quoique très-rarement, dans le cours de la forme commune, et enfin elle manque quelquefois dans la forme maligne, même quand cette forme se termine par la mort, comme le démontrent les autopsies rapportées dans les premières observations du mémoire de M. Brierre de Boismont.

Voici la marche habituelle de cette maladie :

Après une période de lypémanie ou sans aucun symptôme précurseur, la manie aiguë éclate et atteint rapidement son plus haut degré. La face est rouge, les yeux animés; les malades, en proie à des idées délirantes extrêmement mobiles, à des hallucinations multiples, sont très-agités ; ils parlent, crient, vocifèrent. Sans cesse en mouvement, ils marchent sans but, puis bientôt poussés à la fureur, ils brisent les meubles, frappent et mordent leurs gardiens.

La fureur peut se prolonger pendant plusieurs jours, mais d'autres fois elle présente des rémissions plus ou moins complètes. Pendant la période d'agitation il est habituellement possible de saisir au milieu de l'incohérence du langage les idées délirantes principales. Mais ces idées se manifestent surtout pendant la période de rémission. Pendant la plus grande partie de leur maladie, certains malades reconnaissent encore les personnes qui les entourent, et manifestent leur volonté avec une opiniâtreté que l'on ne rencontre jamais dans la méningite essentielle et dans le délire symptomatique des maladies aiguës.

Après plusieurs jours de cet état violent, apparaissent de nouveaux phénomènes ; le mouvement fébrile devient continu, la peau est brûlante, le pouls petit et très-fréquent ; la langue se sèche, les dents deviennent fuligineuses ; l'amaigrissement fait des progrès très-rapides ; les forces diminuent considérablement ; les malades refusent obstinément les aliments et les boissons ; ils sont pris d'un crachotement perpétuel, qui les a fait comparer aux enragés.

Cependant l'agitation et l'insomnie continuent, et les malades, épuisés par toutes ces causes, tombent dans une période d'affaissement, prélude de la mort. Le

pouls est de plus en plus rapide, la peau se refroidit; les yeux, très-injectés, enduits d'un mucus puriforme abondant, sont enfoncés dans les orbites; la bouche est desséchée et fuligineuse; les malades ne parlent plus, ne s'agitent plus. Quelquefois apparaissent les soubresauts des tendons et la carphologie; ils refusent de boire jusqu'au dernier moment et souvent ne reconnaissent leurs proches que pour les injurier. Enfin ils succombent habituellement sans agonie et comme épuisés par la maladie.

Quand les malades doivent guérir, les rémissions que l'on observe dans la marche de la maladie se prononcent de plus en plus; le calme se prolonge, la nourriture et la boisson sont acceptées, le sommeil reparaît; des intervalles de raison complète sont les avant-coureurs prochains d'une guérison qui se fait rarement attendre plus de trois semaines. Quelquefois les malades arrivent jusqu'à la période d'affaissement, et pour ainsi dire sur les limites de l'agonie. A ce moment la maladie s'arrête, le pouls se relève, la langue s'humecte, les malades consentent à boire, les idées délirantes s'éloignent, le sommeil revient et ils guérissent alors que l'on croyait tout perdu. Mais il ne faut pas compter sur cette terminaison, qui est extrêmement rare; souvent elle s'accompagne de la formation d'abcès considérables. Le mémoire de M. Brierre de Boismont contient un exemple remarquable de cette terminaison.

IV. — FORME PÉRIODIQUE.

Cette forme est assez rare; elle est très-bien caractérisée et a été distinguée par la plupart des auteurs. On la reconnaît aux caractères suivants : les attaques sont semblables entre elles et reviennent à des époques fixes, mais éloignées; les symptômes ont une marche continue pendant les attaques; la variété d'aliénation

qui caractérise les attaques est le plus souvent la manie, ou bien la succession régulière de la lypémanie et de la manie (folie à double forme); cette forme de la folie peut guérir complétement.

Nous avons substitué au mot *intermittent*, généralement employé de nos jours pour désigner cette forme de folie, le mot *périodique*, parce que l'expression *intermittent* sert à désigner un type propre aux maladies aiguës, tandis que le mot *périodique* convient mieux pour désigner un type correspondant des maladies à longues périodes, comme les maladies chroniques.

Dans les cas de cette forme que j'ai observés, les prodromes consistaient dans une grande pesanteur de tête et des picotements dans les yeux. D'autres fois, ce sont des douleurs vagues dans différentes parties, des défaillances, quelquefois un état fébrile. L'insomnie et les changements dans le caractère se retrouvent encore ici comme phénomène précurseur. Mais ce qui est remarquable dans cette forme, c'est que, quels que soient les prodromes, ils se reproduisent identiquement les mêmes à chaque attaque.

La maladie, une fois commencée, marche sans présenter de rémissions marquées pendant toute la durée de l'attaque. Tantôt elle est caractérisée par la manie avec incohérence et agitation, tantôt par la succession de la lypémanie et de la manie, ce qui constitue deux variétés de cette forme; la dernière a été décrite par M. Baillarger sous le nom de *folie à double forme;* ce sont les faits contenus dans sa seconde catégorie. La maladie se termine assez brusquement, sans crise appréciable, après une durée de quelques mois.

Les attaques se reproduisent régulièrement après un intervalle de un, deux, trois et six ans. Les attaques sont semblables entre elles, commencent et se terminent de la même manière; elles ont la même durée.

La guérison a lieu après un nombre variable d'attaques. J'ai trouvé dans Esquirol une observation dans laquelle la guérison eut lieu après dix attaques (t. I, p. 384).

La forme périodique de la folie se distingue des récidives de la forme bénigne parce que, dans cette dernière, les attaques ne se ressemblent point et ne reviennent pas à des époques régulières.

CONCLUSIONS

1° L'aliénation est un symptôme commun à plusieurs maladies; la folie est une maladie essentielle; l'aliénation et la folie sont donc deux états morbides distincts.

2° Le délire et l'aliénation sont deux symptômes distincts. Le caractère différentiel principal se tire de la conservation de la conscience et de la mémoire dans l'aliénation, de leur absence dans le délire, en sorte que l'aliéné se souvient de ses idées délirantes et de ses hallucinations, et le délirant ne s'en souvient pas.

3° L'aliénation étant constituée primitivement par un désordre des facultés animales, les expressions *maladies mentales*, *aliénations mentales*, doivent être supprimées, parce que le mot *mental* s'applique aux facultés intellectuelles et non aux facultés animales.

4° Si l'on considère que, d'une part, toute question de médecine légale est un problème de séméiotique qu'on résout en transformant les symptômes en signes et en s'élevant ainsi jusqu'à la maladie; que, d'une autre part, l'aliénation n'est qu'un symptôme, on conviendra qu'il est peu scientifique de répondre aux questions posées par l'énoncé : manie, monomanie, impulsion; et que, pour être concluant, tout diagnostic doit arriver jusqu'à la maladie. Exemple : manie, monomanie, impulsion, symptomatiques de la folie, de l'épilepsie, de l'hystérie, de l'alcoolisme, etc.

5° L'aliénation étant distincte de la folie, il est absurde de conserver, pour la classification des formes de cette maladie, la classification de Pinel ; manie, monomanie, etc., qui ne convient qu'à la distinction des variétés du symptôme aliénation.

6° La classification des formes de la folie repose sur l'ensemble des symptômes, mais principalement sur leur évolution et sur la marche de la maladie.

7° La démence peut survenir comme complication dans la forme commune de la folie, dans l'épilepsie et dans l'alcoolisme, etc., mais elle constitue le plus souvent une maladie essentielle ayant ses symptômes et ses lésions propres. Elle présente plusieurs formes à étudier.

8° La paralysie générale, comme la démence, s'observe quelquefois dans le cours de la forme commune de la folie, de l'épilepsie, de l'alcoolisme et de quelques autres états morbides ; mais elle constitue habituellement une maladie essentielle et distincte de toute autre. Elle présente quatre formes à étudier : la forme commune, la forme congestive, la forme aiguë, la forme périodique.

9° Les expressions *folie d'action*, *folie lucide*, sont des non-sens qui doivent être remplacés par le mot *impulsion maladive*.

P. JOUSSET.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— 7e ET DERNIER ARTICLE (1) —

XII

TROISIÈME ET DERNIER DISCOURS DE M. BEAU (2).

Résumons le discours de M. Beau comme nous avons résumé les discours qui l'avaient précédé, et, à l'exemple de cet auteur, ne faisons point de répétitions inutiles.

(1) Voir *l'Art médical*, février, mars, avril mai, juin et juillet 1865.

(2) Séance du 5 juillet 1864, page 911 à 938 du *Bulletin de l'Académie*, t. XXIX, 1864.

M. Gavarret admet, avons-nous vu, que le sang reflue en grande partie dans le tronc veineux par suite de la systole auriculaire. C'était l'opinion de Gerdy (*Dictionn. de méd.* en 30 vol., art. Circulation). Cet auteur faisait aussi rétrograder dans les oreillettes, lors de la systole ventriculaire, une partie du sang. Gerdy n'a jamais vu ce phénomène; « il n'est appréciable, a-t-il dit, que pour les yeux de la raison. »

Quand on boit, l'ondée passe de la bouche dans l'estomac par une systole péristaltique. J'ai admis les sphincters décrits par Gerdy, et j'ai repoussé son hypothèse de la rétrogradation du sang.

Je dis : le ventricule est vide au deuxième temps, et au contact de ses parois, parce qu'on le constate à l'œil et aux doigts.

A la force de 200 à 400 grammes invoquée par M. Gavarret, j'oppose l'expérience de la section du cœur faite par Harvey et dont les résultats ont été constatés par M. Bouillaud. Pourquoi le sang ne sort-il pas du cœur au second temps, malgré la force *a tergo* de 200 à 400 grammes ?

Pendant tout le temps de la contraction auriculaire. le sang s'accumule dans les veines; cette contraction finie, le sang se précipite dans l'oreillette. Il la dilate facilement, mais il ne saurait agir de même sur les parois ventriculaires épaissies et resserrées par *tonicité* (1). Lorsque l'oreillette est complétement remplie, elle se contracte dans le ventricule vide.

M. Beau entre encore ici dans les détails de sa théorie. L'ondée sanguine écarte plus facilement les parois de l'oreillette que celles du ventricule resserré par tonicité.

C'est l'oreillette placée entre le tronc veineux et le ventricule qui empêche le sang de pénétrer dans le ventricule vide.

Le premier bruit du cœur et le pouls carotidien ne sont pas isochrones, mais en rapport de succession rapide.

(1) Senac professait que les fibres charnues du cœur n'avaient en elles, dans leur relâchement, d'autre force que leur contractilité ou leur *force tonique*. Cette force les affermissait même dans leur repos, et donnait aux parois du cœur plus de consistance (*Traité de la structure du cœur*, 2e édit. in-4, p. 23; Paris, 1774). Mais le même auteur ajoutait que les parois relâchées ne s'opposaient point à l'entrée des fluides dans les premiers instants. Il fallait une puissance étrangère qui poussât en dehors les parois du cœur, et cette puissance était dans le sang qui aborde sans cesse dans les oreillettes et les ventricules. Plus cette puissance a de force, plus les parois du cœur sont écartées et étendues. Les cœurs qu'on arrache et qui battent encore se contractent se concentrent; ils se relâchent ensuite sans se dilater, c'est-à-dire qu'ils sortent seulement d'un état forcé, pour reprendre leur état naturel, qui est le relâchement. » (*Ibid.*, p. 24.)

M. Beau persiste à préférer le premier instrument simple, rude et grossier à l'instrument perfectionné et modifié qui enregistre, selon lui, les illusions des expérimentateurs.

Il a concédé que la diastole auriculaire commence en même temps que la systole ventriculaire, au lieu de commencer après elle. (Séance du 31 mai 1864, p. 807 du Bulletin.)

Ainsi la systole qui a fini sur l'oreillette au point *e* (voyez la fig. 7), continue sur le ventricule au point *s*, en poussant devant elle l'ondée sanguine vers le tronc artériel; et, pendant que ce mouvement systolique a lieu dans le ventricule, la diastole auriculaire commence en *e* pour continuer jusqu'à replétion complète de l'oreillette.

M. Gavarret veut montrer qu'il résulte de cette concession une circonstance semblable à celle qu'il combat, à savoir : une simultanéité de de diastoles se faisant dans l'oreillette et dans le ventricule. M. Beau trouve mal fondée cette assimilation.

M Gavarret, en interprétant le premier tracé, à son point de vue, au sujet de ma théorie, dit M. Beau, avait vu que mon deuxième bruit normal devait avoir lieu au point *i* (voyez la fig. 8), dans la même ligne que le bruit normal qui se fait entendre en *s*, d'où il résultait que les deux bruits devaient se confondre. Il est impossible, d'après ma théorie, que l'extension brusque de l'oreillette qui fait le second bruit se produise au point *i*.

M. Gavarret veut que le sang reflue vers les veines, il veut que l'oreillette soit plus petite que le ventricule. J'ai souvent tenté, mais inutilement, la mensuration comparative de ces deux cavités. M. Beau dit les difficultés de cette constatation : irrégularité de la cavité auriculaire, cavité ventriculaire souvent très-revenue sur elle-même. On peut, avec les doigts, lui donner une capacité plus grande qu'à l'état normal, parce qu'elle prête facilement.

M. Sappey croit l'oreillette plus grande que le ventricule.

Je n'ai jamais soutenu l'identité d'organisation dans l'homme et dans la grenouille. La grenouille a un cœur transparent. Le sang arrive du tronc veineux dans l'oreillette qu'il dilate; puis l'oreillette dilatée se contracte et chasse l'ondée dans le ventricule qui se contracte à son tour sur elle et la fait passer dans le tronc artériel.

Harvey et Haller admettaient l'unité de la circulation cardiaque dans la grenouille et les mammifères. Hope ne dit pas le contraire. Cledinning, rapporteur des expériences du *comité* de Londres, admet, comme Hope, la même similitude.

Il se fait dans la grenouille une seule diastole ventriculaire par la

systole auriculaire (1), et non pas deux, comme l'ont dit MM. Barth et Roger (2). L'une se produirait au premier temps par la systole de l'oreillette, et l'autre au deuxième temps au même moment que la diastole auriculaire.

MM. Chauveau et Marey m'accordent que ma théorie est vraie pour la succession des mouvements du cœur de la grenouille, mais cette succession est pour eux différente de celle du cœur des mammifères (3) et des oiseaux. Il y avait à se demander si la succession des mouvements cardiaques de la grenouille ne se retrouve pas sur le cœur des mammifères et des oiseaux.

M. Gavarret s'est attaché aveuglément à l'idée de MM. Chauveau et Marey, avec la fidélité d'un instrument enregistreur.

(1) *Succession des mouvements du cœur de la grenouille*, d'après M. Beau :

1[er] *temps.* — Systole auriculaire. — Battement ventriculaire, composé de la diastole et de la systole des ventricules, ou autrement dit diasto-systole ventriculaire.

2[e] *temps.* — Diastole auriculaire. — Repos du ventricule vide et conique. (*Gazette des hôpitaux* pour l'année 1861, p. 386.)

(2) *Succession des mouvements du cœur de la grenouille*, d'après MM. Barth et Roger. « Au moment où l'oreillette se contracte, le ventricule se dilate dans tous les sens, rougit... *un instant après* (immédiatement, dit M. Parchappe, p. 97 de son bel ouvrage : *du Cœur*), le ventricule se contracte lui-même ; il pâlit, se rétrécit dans tous les sens, mais surtout par le rapprochement de ses parois, et alors la pointe se relève légèrement vers la partie antérieure de la poitrine. Ce mouvement terminé, *le ventricule commence à se dilater* (M. Parchappe ne parle pas de ce commencement de dilatation ; il dit : «Il n'y a pas entre la contraction du ventricule et le retour de la systole auriculaire de repos proprement dit... Seulement le ventricule se maintient à l'état de contraction et vide pendant un instant très-court avant de se relâcher »), puis l'oreillette se contracte de nouveau et les phénomènes se répètent dans le même ordre.» (*Traité pratique d'auscultation*, 5[e] édit., p. 378, 1[re] expérience. Paris, 1860. — Les détails de cette expérience ne sont pas consignés dans la 6[e] édit. de 1865.)

(3) Si MM. Barth et Roger ont bien vu, la succession des mouvements du cœur chez la grenouille serait semblable à celle qu'ils décrivent chez l'homme. Si M. Parchappe a bien vu, la succession des mouvements du cœur chez la grenouille différerait de celle qu'on dit être la vraie chez l'homme. Dans ce cas, M. Parchappe s'accorderait avec M. Beau. Avouons que ces questions sont bien difficiles à trancher. Si le cœur se remplit suffisamment, par l'effet de la systole auriculaire, il n'est pas nécessaire qu'il reçoive du sang dans un autre temps. Dans le cas contraire, à quel moment le sang pourrait-il lui venir, si ce n'est dans le temps qui sépare deux contractions ventriculaires ?

Nos dissentiments avec MM. Chauveau et Marey portent sur les mouvements du cœur du cheval.

M. Beau reproduit ses convictions. Il croit : 1° à l'ampliation diastolique du ventricule dans le battement ventriculaire ; 2° à l'immobilité du ventricule avec vide et retrait de sa cavité au second temps.

Il répond ensuite à M. Bouillaud : cet auteur a invoqué, dit-il, les opinions de Hope et de Magendie. Hope fait contracter l'oreillette au premier et au second temps (1), et Magendie fait coïncider avec la diastole ventriculaire du second temps la systole de l'oreillette (2). Il y a donc pour ces deux auteurs une systole auriculaire au second temps, comme dans la théorie de Laënnec (3) qui pour ce fait a été rejetée par

(1) Dans le passage suivant que j'emprunte à M. Bouillaud (t. I, p. 87 de la 1re édit. du *Traité des maladies du cœur*), je ne vois pas la double systole auriculaire dont parle M. Beau.

« Le premier mouvement du cœur qui interrompt l'intervalle de repos, d'après Hope, c'est la systole de l'oreillette. Cette systole consiste en un mouvement de contraction très-léger et bref, plus considérable dans l'appendice qu'ailleurs, et se propageant vers le ventricule par une sorte de mouvement vermiculaire, dont la fin semble se continuer avec la systole de ce ventricule.

« La systole ventriculaire commence subitement et est suivie de la diastole...

« Vient ensuite l'intervalle de repos, pendant lequel le ventricule demeure dans un état de plénitude sans distension. Après ce repos, recommence avec la régularité la plus parfaite la série des mouvements indiqués ci-dessus. » (Voyez, dans le *Journal hebdomadaire de médecine*, t. II, année 1834, la traduction de cette partie de l'ouvrage de M. Hope, par M. le Dr Sureau.)

(2) « Si le cœur d'un animal vivant est mis à découvert, dit Magendie (*Précis élémentaire de physiologie*, p. 287 et suiv., 4e édit., t. II, in-8. Paris, 1836), on reconnaît aisément que l'oreillette et le ventricule droits se resserrent et se dilatent alternativement. Ces mouvements sont tellement combinés que le resserrement de l'oreillette arrive concurremment avec la dilatation du ventricule, et *vice versa*, la contraction du ventricule a lieu dans l'instant de la dilatation de l'oreillette. — « Les oreillettes se contractent et se dilatent ensemble ; il en est de même des ventricules, dont les mouvements sont simultanés. » (*Ibid.*, p. 394.)

(3) Laënnec n'envisage pas les contractions des diverses parties du cœur dans l'ordre où on peut les voir, mais bien dans celui où on peut les entendre et les sentir par le stéthoscope. Partant, il décrit dans leur ordre de succession les phénomènes que présentent à l'oreille les battements du cœur chez un homme sain. « Au moment où l'artère radiale vient frapper le doigt, dit-il (*Traité de l'auscultation médiate*, p. 46, 4e édit., t. III. In-8. Paris, 1837), l'oreille est légèrement soulevée par un mouvement du cœur isochrone à celui de l'artère, et accompagné d'un

tout le monde. Les théories de Hope et de Magendie ne sont pas préférables à la théorie de l'immobilité auriculaire.

M. Beau rappelle l'exhibition qu'a faite M. Bouillaud de cœurs d'hommes et de cœurs d'animaux; il rappelle le malade dont le cœur présentait un choc très-apparent, mais ce fait ne tranche pas la question pendante. M. Bouillaud lui-même l'a reconnu.

Passons aux bruits cardiaques.

Le bruit normal des grosses artères est dû à l'extension brusque de leurs parois dans leur diastole.

J'admets la même explication pour le premier bruit normal du cœur.

M. Beau reproduit ici sa théorie des deux bruits cardiaques, puis il ajoute : la force de projection du sang veineux de 200 à 400 grammes admise par M. Gavarret, qui fait le second bruit normal dans l'oreillette, est analogue à la force de projection du sang artériel qui pour M. Rouanet détermine le second bruit normal. Dans ces deux théories, la force de projection qui fait le second bruit dépend de la brusque réaction des parois vasculaires, veineuses pour l'une, artérielles pour l'autre.

M. Beau fait cadrer le maximum d'intensité de chaque bruit avec le siége qu'il assigne à chacun d'eux. Ce siége serait dans le centre du ventricule pour le premier bruit, à la base du cœur pour le second.

Dans la théorie de M. Rouanet, le premier bruit devrait être plus fort au niveau des valvules auriculo-ventriculaires qu'un peu au-dessus de la pointe du cœur.

On explique bien mieux le second bruit par la brusque expansion diastolique de l'oreillette que par le redressement brusque des valvules semi-lunaires.

M. Beau reproche à M. Bouillaud d'avoir fait intervenir en même temps toutes les valvules pour la production de chacun des bruits normaux (1), puis il passe aux bruits anormaux.

bruit un peu sourd, quoique distinct. L'isochronisme ne permet pas de méconnaître que le phénomène est dû à la contraction des ventricules. Immédiatement après, et sans aucun intervalle, un bruit plus éclatant... annonce la contraction des oreillettes... Aucun mouvement sensible à l'oreille n'accompagne ce bruit, aucun intervalle de repos ne le sépare du bruit plus sourd et accompagné de soulèvement indicateur de la contraction des ventricules qu'il semble borner et interrompre brusquement... Immédiatement après la systole des oreillettes, il y a un intervalle de repos très-court, mais cependant bien marqué, après lequel on sent les ventricules se soulever de nouveau, etc... »

(1) Page 135 du tome I de la 1re édition du *Traité clinique des maladies du cœur*. In-8. Paris, 1835.

Les bruits de souffle, de râpe, ont un mode de production tout différent de celui des bruits normaux. Le sang les produit en traversant les orifices rétrécis ou insuffisants, ce sont des bruits valvulaires.

Quelquefois l'intensité des bruits est assez forte pour masquer le bruit normal. Les sectateurs de la théorie de M. Rouanet disent que les bruits normaux se sont transformés. C'est une erreur. C'est comme si l'on disait que les bruits anormaux du péricarde sont une transformation des bruits normaux du cœur.

Il y a, selon M. Bouillaud, altération du bruit normal, lorsque les valvules sont altérées. C'est, en général, là une coïncidence et non pas un rapport de causalité immédiate.

D'ailleurs l'hypertrophie du cœur peut empêcher l'extension brusque de sa cavité et par suite affaiblir le bruit normal. Un obstacle au cours du sang peut produire le même résultat; la même chose peut encore avoir lieu lorsqu'une cavité se vide incomplétement par suite d'un affaiblissement de sa systole; un bruit anormal intense peut masquer entièrement le bruit normal.

M. Bouillaud attribue la grande intensité du choc précordial à l'hypertrophie des ventricules (1). Je soutiens que le contraire est la vérité. Corrigan a vu comme moi que, dans l'hypertrophie considérable, l'impulsion est toujours (2) moindre que dans l'état normal (3). (*Archives*, décembre 1832, t. XXX, p. 546.)

La cause de ce fait est la grande résistance que le ventricule hypertrophié présente à l'ondée lancée par l'oreillette. Celle-ci ne dilate pas suffisamment le cœur, pour qu'il puisse soulever vivement la région précordiale.

D'autres fois on observe, au contraire, de violentes palpitations accompagnées de dyspnée chez les personnes atteintes de maladies du cœur.

(1) « ... Maintenant, je vous prierai de m'expliquer pourquoi, disait Magendie dans une de ses leçons au Collége de France, sous l'influence d'une hypertrophie ou d'une accélération subite dans la circulation, les battements augmentent d'*intensité*, pourquoi on peut quelquefois les entendre à *distance?* (*Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*, t. I, p. 240; Paris.

(2) On serait plus près de la vérité si, au lieu de dire : *toujours*, on disait : *quelquefois*. Car il est des cas, et M. Andral en a cités (note 1 de la page 25 du tome III de *l'Auscultation* de Laennec, 4e édit., in-8. Paris. 1834) dans lesquels l'hypertrophie des parois du cœur ne se traduit pas par une augmentation d'impulsion des parois cardiaques.

(3) Voyez le développement de cette idée dans le deuxième article de M. Beau, intitulé : *De la Diastole ventriculaire*, etc. In GAZETTE DES HÔPITAUX pour l'année 1861, p. 398.

Les battements cardiaques sont violents alors, et cependant le pouls est petit. Pourquoi cette disproportion entre la force du choc et la petitesse du pouls? Pourquoi? parce que, d'une part, le sang violemment chassé de l'oreillette dilate énergiquement les parois peu épaisses du ventricule qui est lancé avec violence contre les parois thoraciques, et parce que, d'une autre part, ce ventricule n'a pas la force suffisante pour chasser le sang dans les artères. On dit que ces battements sont dus à la systole, c'est à la diastole qu'il faudrait dire.

Je nie la dilatation du ventricule au second temps dans l'état normal, mais j'admets que le sang reflue en partie du tronc artériel dans le ventricule, lorsque les valvules semi-lunaires sont insuffisantes.

Il résulte de ce fait que la contraction de l'oreillette envoie au premier temps du sang dans le ventricule qui en contient déjà. De là, la dilatation et l'hypertrophie consécutives, dilatation et hypertrophie qui se produiraient tout aussi bien à l'état normal, si à l'état normal le ventricule se trouvait déjà en diastole quand il reçoit le sang de l'oreillette.

Du sang pénètre aussi dans le ventricule au second temps, lorsque l'oreillette a perdu sa faculté *contractile*. Ne pouvant plus se contracter, elle reste pleine, de manière à permettre au sang mû par le *vis a tergo*, de sortir de sa cavité par regorgement, pour pénétrer de force dans la cavité ventriculaire.

Au reproche que lui a fait M. Bouillaud touchant les deux diastoles ventriculaires qu'il a admises, l'une morbide au second temps, l'autre physiologique au premier temps, M. Beau oppose les trois diastoles de ses antagonistes : la première, prétendue normale, par l'orifice auriculo-ventriculaire, la deuxième normale par le fait de la systole auriculaire, la troisième morbide par le fait de l'insuffisance valvulaire.

Le cœur, dit M. Beau, ne peut pas éprouver les effets du recul, puisqu'il ne peut se mouvoir en totalité, fixé qu'il est par les gros vaisseaux.

Après cette réponse faite à M. Bouillaud, M. Beau répond à M. Barth.

Cet auteur admet en principe que l'oreillette ne peut pas se contracter. Je lui oppose, à cet égard, l'opinion contraire de MM. Parchappe et Chauveau. Pourquoi M. Barth a-t-il admis la contraction auriculaire pour expliquer la production d'un bruit anormal dans certains cas de rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire?

M. Barth pense que si les anneaux véno-auriculaires se resserraient assez dans la systole auriculaire, le sang veineux arrêté aux embouchures reviendrait sur son chemin. Il oublie que les grosses veines sont vides, lorsqu'a lieu ce resserrement. Puisque la nature a tout fait,

comme le veut M. Barth, pour s'opposer au mouvement rétrograde du sang en munissant de valvules les ventricules, pourquoi M. Barth fait-il rétrograder le sang à partir des oreillettes ?

Dans l'insuffisance aortique, la force du reflux du sang est assez grande pour dilater le ventricule. Mais le sang qui vient du tronc veineux ne peut pas dilater le ventricule, parce qu'il doit dilater d'abord la cavité vide de l'oreillette. Cette cavité épuise la force du sang veineux. Supprimez l'oreillette par la pensée, et le sang veineux dilatera le ventricule, en forçant l'obstacle opposé par la tonicité de ses parois.

A entendre M. Barth, je ferais le second bruit normal isochrone à l'expansion aortique. J'ai toujours dit qu'il arrivait après cette expansion.

Il n'est pas démontré que les bruits anormaux soient une transformation des bruits normaux. Dans un grand nombre de cas d'insuffisance aortique, il est facile de constater l'existence et du souffle résultant de l'insuffisance, et du bruit normal produit en même temps dans la cavité auriculaire. Le bruit normal et le souffle ne s'entendent pas sur le même point. Le bruit normal est seulement masqué ou étouffé par le bruit anormal.

Que dire des rétrécissements auriculo-ventriculaires ?

Ils donnent lieu, disait-on jadis (*Dict. de méd.* en 30 vol., article *Cœur*, p. 336), à un bruit anormal au second temps. Il n'en était rien. Cette opinion était la conséquence de l'idée fausse qu'on s'était formée du siége de la diastole ventriculaire. J'ai montré dans mes *Recherches sur quelques points de la séméiologie des affections du cœur* (*Archives*, janvier 1839), que les rétrécissements auriculo-ventriculaires étaient toujours marqués par un bruit anormal au premier temps et non au second, cela tient à ce que l'orifice auriculo-ventriculaire est traversé par l'ondée au premier temps, tandis qu'au second temps le même orifice est fermé et imperméable au sang. M. Fauvel a confirmé le premier ce corollaire séméiologique de ma théorie (*Archives*, janvier 1843) ; M. Hérard a signalé des exceptions (*Archives*, novembre 1853, janvier 1854).

Comme le bruit anormal commence immédiatement avant le premier bruit normal, c'est-à-dire à la fin du grand silence, quelques observateurs ont pu le placer au second temps, tandis que son accolement au premier bruit normal le fixe au premier temps.

Telle fut la réponse que fit M. Beau aux critiques qu'on avait faites à sa théorie.

XIII

TROISIÈME ET DERNIER DISCOURS DE M. GAVARRET (1).

Le rapport de M. Gavarret avait été l'occasion de la discussion qui s'était produite à l'Académie sur quelques points de la physiologie du cœur. Il était convenable que les débats fussent clos par le rapporteur. C'est en effet ce qui eut lieu.

Il avait été justement froissé par M. Beau qui lui avait reproché 1° *de parler avec intrépidité de choses qu'il ne connaissait pas*; 2° *de jouer le rôle d'instrument enregistreur*, etc.

Nous ne relèverons pas ces expressions qui ne sont pas des arguments, et qui ne devraient jamais se trouver sous la plume d'un savant.

Nous nous occuperons seulement des questions scientifiques, et nous rappellerons que M. Gavarret a soutenu contre M. Beau que le mouvement de dilatation du ventricule n'a échappé ni a Harvey ni à Haller.

M. Gavarret a pu revenir sur la théorie des mouvements et des bruits cardiaques de M. Beau; il a pu rappeler les trois propositions de cet auteur qu'il avait signalées à l'attention de ses collègues, sans qu'il soit utile que nous le suivions de nouveau dans cette voie.

A quoi nous servirait de parler encore une fois des fibres musculaires disposées en écharpe autour des orifices des veines qui débouchent dans l'oreillette, puisque M. Beau persiste à croire que ces fibres ferment complètement les veines pendant toute la durée de la systole auriculaire ?

A quoi nous servirait de revenir sur ce qui se passe du côté des orifices auriculo-ventriculaires pendant tout le temps du repos du ventricule, dès que M. Beau maintient contre ses antagonistes, que les valvules qui correspondent à ces orifices ne cèdent que sous l'effort de la systole auriculaire ?

A quoi nous servirait enfin de poser une fois de plus la question de la capacité relative des oreillettes et des ventricules, dès que M. Beau continue à s'inscrire contre les résultats que disent avoir obtenus MM. Hiffelshein et Robin?

Disons seulement que M. Gavarret a persisté dans la croyance, que M. Beau fait commencer la diastole de l'oreillette en pleine diastole ventriculaire, et que le synchronisme des bruits cardiaques résulte fatalement pour cet auteur de la combinaison de son interprétation du premier tracé cardiographique (2) et de sa théorie des bruits du cœur.

(1) Séance du 12 juillet 1864. Voyez son discours, p. 972 à 983, du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie*.

(2) Rappelons ici, dans l'intérêt de la vérité, que M. Beau a modifié sur

Après ces conclusions, M. Gavarret revint, pour la dernière fois, sur l'interprétation des lignes courbes dues aux variations de pression produites dans l'oreillette, dans le ventricule et en dehors du ventricule. Ces variations de pression, non moins que les mouvements du cœur, étant liés, comme il l'avait déjà dit, par des rapports intimes de cause à effet, il pensa qu'il était légitime de conclure des variations de pression à l'ordre de succession, au rhythme et à la durée des mouvements eux-mêmes.

M. Gavarret crut encore qu'on pouvait bien considérer comme synchrones les portions des trois courbes comprises entre deux mêmes lignes verticales.

La force des choses le ramena à l'interprétation des tracés cardiographiques de MM. Chauveau et Marey. Mais il ne dit rien de nouveau sur cette interprétation. Nous n'y reviendrons pas.

Nous ne reviendrons pas davantage sur l'ordre et la succession des mouvements du cœur que nous avons fait connaître, sur le choc du cœur dû à la systole ventriculaire et non à la systole auriculaire qui précède le choc et à la diastole ventriculaire qui le suit.

Nous n'insisterons pas non plus sur le mouvement de *recul* du cœur pendant la contraction ventriculaire qu'on a invoqué pour rendre compte du battement.

Nous nous bornerons à reconnaître, avec le rapporteur, les bienfaits du cardiographe.

Grâce à cet instrument, les rapports de durée des diverses phases d'une révolution du cœur sont mieux déterminés qu'ils ne l'avaient jamais été. Le peu de durée de la systole auriculaire, le prolongement de la systole ventriculaire nous sont parfaitement connus.

Grâce au cardiographe encore, nous savons, à coup sûr, que le début de la systole ventriculaire coïncide avec le premier bruit, avec le battement, avec le choc brusque du sang contre la valvule auriculo-ventriculaire.

Nous savons que le choc du sang artériel contre les valvules sigmoïdes, que le début de la diastole ventriculaire et que le second bruit, se font en même temps.

Nous savons, enfin, que la durée du premier bruit et du premier silence est rigoureusement la même que celle de la systole ventriculaire,

un point, dans la séance du 31 mai 1864, son interprétation du premier tracé, en déclarant qu'il admettait que « la diastole auriculaire commence en même temps que la systole du ventricule, au lieu de commencer après cette dernière. » (P. 807 du t. XXIX du *Bulletin de l'Académie.*)

tandis que le second bruit et le second silence réunis correspondent exactement à la diastole ventriculaire.

Ces conclusions étaient conformes au rapport. Elles ne rencontrèrent, au sein de l'Académie, aucune opposition.

Seul, M. Beau se leva pour dire qu'il jugeait inutile de répondre. Il n'avait rien à ajouter à ce qu'il avait dit; il n'avait rien à retrancher.

ERRATA.

Une erreur grave s'est glissée dans notre troisième article, t. XXI, p. 287. Nous prions le lecteur de substituer à ce passage :

Premier bruit, court; — premier silence, court également, etc., le passage suivant :

Premier bruit, sourd et long.	Premier temps.
Premier silence, très-court. Deuxième bruit, éclatant et un peu plus court que le premier.	Deuxième temps.
Deuxième silence, sensiblement plus long que le premier.	Troisième temps.

Nous profitons de cette occasion pour faire remarquer qu'on a écrit à la page 231, ligne 29 : page 82, au lieu de page 32; — à la page 290, ligne 30 : *Petrum*, au lieu de *Franciscum*. Cette dernière erreur est du fait de Haller, qui, dans cette même note, a cité à faux les propositions 44 et 52 d'Alphonse Borelli, en même temps qu'il a fait intervenir à tort Nicolas Sténon et Pierre Bayle lui-même.

L. Mailliot.

VARIÉTÉS

QUINZIÈME RÉUNION ANNUELLE DES FONDATEURS ET SOUSCRIPTEURS DE L'HOPITAL HOMOEOPATHIQUE DE LONDRES

I. Rapport du conseil d'administration. — L'assemblée générale annuelle des administrateurs et des souscripteurs de l'hôpital homœopathique de Londres a eu lieu pour la quinzième fois le 28 avril dernier, dans la salle du conseil de cet hôpital.

L'honorable lord Ebury présidait l'assemblée.

Le secrétaire, M. John Warren, a donné lecture du procès-verbal de l'assemblée précédente, puis du rapport de cette année, dont nous extrairons les passages suivants. L'opportunité de cette situation ne sau-

rait être méconnue en présence des rapports communiqués à M. Dumas par l'administration de l'assistance publique parisienne.

Le progrès a continué cette année, comme la précédente, tant dans le nombre des malades admis à l'hôpital que dans le revenu de cet établissement.

Le nombre total des malades traités en 1864 a été de 4,509, sur lesquels 482 ont été reçus dans les salles, et 4,027 soignés à la consultation. La comparaison avec les chiffres de 1863, qui dépassaient eux-mêmes ceux de l'année précédente, nous montre une augmentation pour l'année 1864 de 30 malades internes et de 232 externes.—Depuis la fondation de l'hôpital, en avril 1850, jusqu'au 31 décembre dernier, des soins médicaux y ont été donnés à 45,990 cas, dont 3,243 ont été traités dans les salles, et 42,747 à la consultation.

Le tableau des 482 cas soignés dans les salles en 1864 comprend trois classes : 56 cas de maladies épidémiques et contagieuses, 406 de maladies sporadiques et 20 de maladies chirurgicales. Ainsi, 20 *cas de maladies chirurgicales sur* 482 malades ; et on a rapporté à M. Dumas que les lits de l'hôpital étaient ou vides ou occupés par des blessés ! Ainsi l'on écrit l'histoire ! D'un autre côté, le journal qui nous fournit ces détails donne dans ses numéros de nombreuses observations cliniques recueillies dans les salles du chirurgien de l'hôpital, le Dr Yeldham, et la plupart des observations sont exclusivement médicales.

Quant aux vacances des lits, elles sont peu probables ou au moins fort exagérées en présence de ce fait, que le conseil d'administration espère pouvoir adjoindre aux bâtiments actuels de l'hôpital une petite maison adjacente destinée à l'établissement de salles qui seront plus spécialement consacrées aux sujets atteints de maladies contagieuses.

Revenons au tableau. Sur 482 malades, 235 sont sortis guéris, 54 ont éprouvé une grande amélioration dans leur état, 104 furent soulagés, 18 sont morts et 39 étaient encore en traitement.

La proportion des guérisons et celle des décès en 1864 ont été plus favorables que celles de 1863 : les guérisons se sont élevées de 44 3/4 0/0 à 48 3/4, et les décès sont tombés au-dessous de 3 3/4 0/0, chiffre de 1863. Cette double proportion est d'autant plus satisfaisante que le premier trimestre de 1864 a été signalé par une grave épidémie de typhus, dont les salles de l'hôpital ont reçu un grand nombre de cas.

Le revenu total de l'hôpital en 1864 a été de 2,218 liv. st. 19 sch. 4 d. (environ 55,475 fr.) ; comparé à celui de 1863, il offre un accroissement de 298 liv. st. 17 sch. 6 d. (environ 8,470 fr.), et de 478 liv. st. (environ 11,960 fr.) sur celui de 1862. Les souscriptions qui étaient de 910 liv. st. 6 sch. en 1863, se sont élevés à 975 liv. st. 16 sch. (24,375 fr.) en 1864, soit environ 1,625 fr. d'augmentation.

Les dépenses ont été de 1,863 liv. st. 7 sch. (soit 46,583 fr.), supérieures de 7,175 fr. à celle de 1863. Cet accroissement de dépenses est parfaitement expliqué par le chiffre des admissions et par les frais extraordinaires qu'ont nécessités les cas nombreux de typhus dont nous avons parlé. La somme de 665 liv. st. 12 sch. (environ 16,625 fr.) a été reportée au compte capital de dotation.

En outre, le banquet qui a précédé la réunion de quelques semaines a produit la somme de 1,156 liv. st. 6 sch. (28,909 fr.), avec laquelle on espère acquérir la petite maison dont nous avons plus haut indiqué la destination.

Le rapport se termine par des remercîments très-mérités pour les fondateurs et les soutiens de l'hôpital, dont les libéralités ont « *garanti la prospérité de l'établissement;* » puis par l'espoir bien fondé que l'importance de cet établissement augmentera d'une manière proportionnelle au nombre de ceux qui ont confiance dans le traitement homœopathique.

Tout cela est loin du tableau fourni officieusement à M. Dumas et qui lui a servi d'argument, devant le Sénat, pour combattre la pétition des ouvriers de Paris.

II. Progrès de l'homœopathie en Angleterre. — Pour donner une idée du progrès de la réforme hahnemannienne en Angleterre, le président de l'assemblée a cru devoir faire lecture de l'adresse suivante qui forme la dédicace au vénérable Dr Quin, d'un livre publié par le médecin en chef de l'hôpital homœopathique, M. Rutherfurd Russell (1); nous en donnons à notre tour une traduction à nos lecteurs, et nous serions heureux qu'elle pût tomber sous les yeux de M. Dumas et rectifier les informations erronées qui lui ont été transmises.

« Cher docteur Quin, il y a maintenant vingt et un ans que la Société

(1) *Sur le traitement du rhumatisme, de l'épilepsie, de l'asthme et des fièvres*, leçons cliniques faites à l'hôpital homœopathique de Londres, par le Dr R. Russell.

homœopathique britannique a été fondée. On se réunissait alors chez vous, et l'assemblée n'était certes pas nombreuse. Deux ans plus tard, vous avez prononcé votre premier discours annuel devant le petit nombre de disciples de Hahnemann qui vous entouraient. Dans ce discours, vous proposiez l'exécution progressive des projets suivants :

« 1° D'assurer un local spécial aux séances de la société;

« 2° De créer une bibliothèque ;

« 3° De fonder un hôpital;

« 4° De faire connaître les observations intéressantes recueillies dans cet hôpital;

« 5° De publier des monographies sur le traitement des diverses maladies.

« Quand on songe que vous vous adressiez alors à huit ou dix collègues, il est probable que la plupart de ces projets, s'ils ne furent pas regardés comme des rêves, durent au moins paraître d'une exécution fort éloignée. Que voyons-nous cependant aujourd'hui ? Un hôpital de 60 lits, des fonds suffisants pour l'agrandir et un capital considérable qui s'accumule pour lui constituer une dotation. Dans cet hôpital, une salle spacieuse et commode pour les réunions des membres de la société, et, près d'elle, une bibliothèque renfermant les ouvrages homœopathiques les plus importants, ainsi qu'un grand nombre de bons livres de médecine classique.

« Un journal trimestriel, *The Annals of the London homœopathic Hospital, and the Transactions of the British homœopathic Society.*

« Ce qui reste à faire, pour compléter votre programme, c'est la publication non interrompue de monographies comme celles dont vous et d'autres avez enrichi nos recueils périodiques. Si le contenu de ce livre vous paraît répondre, jusqu'à un certain point, à l'idée que vous vous étiez formée d'une leçon clinique, j'espère que sa publication contribuera à réaliser votre cinquième projet, etc.....

« *Signé :* J. Rutherfurd Russell. »

(Extrait de *The Annals of the British homœopathic Society and of the London homœopathic hospital.*)

Dr Escallier.

Les lettres qui suivent ont été adressées aux journaux.

A Monsieur le Rédacteur du journal Le Temps.

Paris, le 6 juillet 1865.

Monsieur le rédacteur,

Dans le discours qu'il a prononcé au Sénat pour combattre l'introduction de l'homœopathie dans les hôpitaux, M. Dumas s'est appuyé sur un document rédigé par M. le directeur de l'Assistance publique. En ce qui concerne notre maître vénéré, J.-P. Tessier et, en ce qui nous concerne personnellement, M. le directeur de l'Assistance publique a fourni à l'honorable sénateur des renseignements que nous croyons de notre droit et de notre devoir de rectifier.

« L'assistance publique, à en croire son directeur, prend les méde cins comme le concours les lui donne; s'il arrivait, à l'Assistance publique de Paris, que le concours lui donnât un médecin homœopathe, elle le supporterait. Le cas s'est présenté, elle l'a accepté. Un médecin homœopathe ayant été nommé par le concours, le médecin homœopathe a fait de l'homœopathie dans les hôpitaux auxquels il a été successivement attaché, et pendant tout le temps de son exercice, qui a été long... » (*Moniteur*, 2 juillet 1865, p. 900).

Qui ne croirait, d'après cette phrase, que J.-P. Tessier, auquel il est fait allusion, a été nommé au concours médecin des hôpitaux, quoique homœopathe? Or J.-P. Tessier a été nommé au concours de 1840, alors qu'il professait l'allopathie dans ses cours, à l'école pratique, comme il la professa beaucoup plus tard encore à l'hôpital. Il n'a commencé à étudier et à pratiquer l'homœopathie qu'en 1848, comme l'établissent *officiellement* les cahiers de visite de l'hôpital Sainte-Marguerite. J.-P. Tessier n'était donc pas homœopathe quand il a été nommé médecin des hôpitaux, et, jusqu'ici, il n'y a pas d'exemple d'un médecin homœopathe ayant obtenu une salle d'hôpital par le concours.

Sur ce premier point, la religion de M. le directeur de l'Assistance publique a été surprise, et il a induit lui-même en erreur M. le sénateur Dumas.

Selon M. le directeur de l'Assistance publique, l'homœopathie a été exercée par un médecin qui a fonctionné à l'Hôtel-Dieu, à Beaujon, à l'hôpital des Enfants. (*Moniteur*, 2 juillet 1865, p. 960.)

Nous venons de démontrer que l'homœopathie a été pratiquée par

Tessier, *quoique et non parce que* homœopathe, pour emprunter des expressions célèbres. Tessier l'a pratiquée à l'hôpital Sainte-Marguerite d'abord, puis à Beaujon, où il arriva à son rang d'ancienneté, sous l'administration de M. Davenne; enfin, à l'Hôpital des Enfants, conformément encore à son droit, et malgré l'opposition intéressée et violente de quelques médecins. M. le directeur de l'Assistance publique sait mieux que personne que J.-P. Tessier n'a jamais pratiqué à l'Hôtel-Dieu; qu'il s'en est vu fermer les portes au mépris de ses droits incontestables et d'une tradition jusqu'alors respectée; que ses réclamations ont été repoussées par M. le directeur de l'Assistance publique lui-même sous une fin de non-recevoir absolue; qu'enfin les médecins des hôpitaux qui se sont faits les complices de cette exclusion, contre laquelle plusieurs médecins indépendants, parmi lesquels M. Trousseau, ont énergiquement protesté, en sont aujourd'hui les premières victimes.

Nous ne pouvons comprendre comment M. le directeur de l'Assistance publique a pu se tromper à ce point sur un fait si bien connu de lui, et avancer, malgré l'évidence, que l'homœopathie a été pratiquée à l'Hôtel-Dieu, et le faire attester par M. Dumas, ancien professeur de la Faculté de médecine, membre titulaire de l'Académie de médecine, membre du Conseil général de la Seine et du Conseil municipal de Paris, et cela devant le Sénat, en présence de plusieurs sénateurs, membres de la commission de surveillance des hôpitaux et hospices de Paris, MM. Dupin aîné, Ferdinand Barrot, Haussmann et Thayer !

« Mais, ajoute M. le directeur de l'Assistance publique, l'homœopathie a produit dans ces trois hôpitaux des résultats au moins regrettables. » (*Ibid*, p. 960.)

Or, J.-P. Tessier a pratiqué l'homœopathie depuis 1848 jusqu'en 1862, douze années, sous l'administration de M. Davenne, à peine deux années sous l'administration actuelle. M. Davenne a fait pendant trois années une enquête consciencieuse et sévère sur le service de J.-P. Tessier et sur les services de ses collègues dans le même hôpital. Les résultats ont été tels qu'ils ont mérité à J.-P. Tessier les éloges et les encouragements de l'administration. La statistique constatait, en effet, que, dans le service homœopathique de J.-P. Tessier, la mortalité était de 3 0/0 inférieure à celle des salles où se pratiquait l'allopathie. (Voir la réplique de l'honorable sénateur, M. Thayer; *Moniteur*, 2 juillet 1865, page 962.)

Il y a un moyen bien simple de vider la question : que M. le directeur de l'Assistance publique veuille bien publier l'enquête de M. Davenne et ses résultats, résultats contre lesquels Valleix lui-même n'a pas protesté, Valleix l'un des plus laborieux et des plus passionnés parmi les adversaires de J.-P. Tessier.

M. le directeur de l'Assistance publique ajoute : « Plusieurs fois, de jeunes praticiens connus pour homœopathes se sont présentés au concours; il y en a même, parmi ces jeunes gens, qui ont obtenu des notes si bonnes, qu'ils auraient pu, en se présentant une deuxième ou une troisième fois, être nommés comme leurs persévérants compétiteurs. » — (*Moniteur* du 2 juillet 1865, p. 960.)

Eh bien ! ces jeunes praticiens connus comme homœopathes, tous anciens internes des hôpitaux, quelques-uns lauréats de la Faculté et des hôpitaux, Gabalda, de regrettable mémoire, et les signataires de cette lettre, ne se sont arrêtés ni à la première ni à la seconde épreuve, comme on pourrait le penser, avec M. Dumas, d'après le document de M. le directeur de l'Assistance publique. Ils ont concouru opiniâtrément de 1847 à 1854. Ils ont persévéré aussi longtemps que les encouragements de M. Davenne ont pu leur faire espérer que justice serait enfin rendue. Mais, à la fin, fatigués de s'entendre répéter par leurs juges qu'ils s'épuiseraient en d'inutiles efforts, qu'ils ne seraient nommés qu'à la condition de renier publiquement l'homœopathie, ils se sont retirés en adressant à l'administration une protestation rendue publique dans un journal de médecine, le *Moniteur des hôpitaux*.

Comment de tels faits, consignés dans les archives de l'Assistance publique, ont-ils pu être présentés sous un pareil jour, dans un rapport rédigé par M. le directeur lui-même, et destiné à éclairer le Sénat par l'organe de M. Dumas ?

Par l'exactitude de ce rapport sur ces quatre points, on peut juger de son exactitude sur le nombre et l'importance des hôpitaux homœopathiques en Angleterre. Quant aux renseignements fournis à M. Dumas par deux médecins allemands, mais allopathes et ambulants, sur l'état de l'homœopathie au delà du Rhin, nous nous contenterons de dire qu'ils sont encore moins *officiels* que ceux de l'assistance publique.

Au sujet de la décadence de l'homœopathie en France, un correspondant bénévole de M. Dumas lui annonce qu'il n'y a plus qu'un homœopathe *orthodoxe* à Lyon. Cet honorable et officieux correspondant a sans doute pris ce détail dans l'*Annuaire* de 1829 ou de 1830. A cette date,

il n'y avait effectivement qu'un médecin homœopathe à Lyon; mais à coup sûr l'*Annuaire* n'a pu lui donner la qualification ni d'orthodoxe ni d'hétérodoxe, puisqu'il était seul, ni dire qu'il n'y avait plus que lui, puisqu'il était le premier.

En 1865, les successeurs et les élèves des d'Oëgnidi et des Desaix, sont au nombre de onze, à Lyon, professant et pratiquant hautement l'homœopathie, sans demander le brevet d'orthodoxie homœopathique ni traditionnelle à qui que ce soit. Dans les dernières années, le nombre des consultations dans les dispensaires lyonnaires s'est accru dans la même proportion que dans les dispensaires de Paris, où il était de 50,000 en 1862, et où il dépasse 100,000 en 1864.

Malgré l'accroissement rapide de cette progression, nous ne faillirons pas à notre mission charitable. Et si nos forces nous trahissent, si nous succombons à la peine, repoussés par l'Assistance publique, après lui avoir économisé chaque année plus d'un million, nous emporterons du moins avec nous la reconnaissance des malheureux, l'estime des gens de bien, la certitude que notre dévouement ne sera point stérile, et la conviction qu'un jour une administration plus progressiste saura, en assurant la liberté scientifique, respecter les intérêts, les droits et jusqu'aux légitimes préférences de la pauvreté.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de notre considération la plus distinguée,

P. JOUSSET, F. FRÉDAULT, A. MILCENT, C. OZANAM,
Docteurs en médecine, anciens internes
des hôpitaux de Paris.

A ces noms, il faut joindre ceux de MM. DAVASSE et CHAMPEAUX, omis par erreur.

A Monsieur le Directeur du MONITEUR UNIVERSEL.

Monsieur le Directeur,

Dans la séance qu'a tenue le sénat le 1er juillet 1865, M. le sénateur Dumas a prononcé, au sujet de l'homœopathie, un long discours inséré au *Moniteur universel* du 2 juillet.

Voulant établir, dans ce discours, que le nombre des médecins homœopathes décroît en France, à Lyon, par exemple, M. Dumas a cité textuellement les lignes suivantes que lui adressait son correspondant particulier de Lyon (voy. le *Moniteur*, p. 960, 3e colonne) :

« Il n'est peut-être pas inutile de vous apprendre qu'à Lyon, dit ce correspondant *anonyme*, l'homœopathie a perdu beaucoup de terrain depuis quelques années. Il n'y a plus ici, *je crois!* qu'un homœopathe orthodoxe; les autres, ou ne s'en tiennent plus aux prétendus semblables, victorieusement contestés comme vous le savez, ou bien ont renoncé aux doses infinitésimales, également contestées; ou bien font de la médecine éclectique; ou encore pratiquent celle des deux méthodes que choisissent leurs clients. »

Dans l'intérêt de la vérité et de notre honneur, nous soussignés, médecins à Lyon, appliquant la méthode homœopathique, nous croyons devoir protester contre ces allégations d'un correspondant *anonyme* n'osant pas affirmer les renseignements par lui donnés, il les fait prudemment précéder de la formule restrictive « *je crois.* »

Pour détruire ses assertions erronées, nous opposons à ce correspondant *anonyme*, le témoignage public qui pourrait, au besoin, confirmer nos cinq déclarations suivantes; déclarations dont les quatre dernières démontrent l'extension croissante de l'homœopathie à Lyon :

1° Dans notre pratique médicale, nous administrons les médicaments d'après la loi des semblables et à doses infinitésimales ou à petites doses.

2° Il y avait, à Lyon, sept médecins hom œopathes *avoués* en 1850.

Il y en a neuf en 1865.

3° En 1850, notre ville possédait deux dispensaires homœopathiques privés, donnant deux mille consultations annuelles.

En 1865, elle compte trois dispensaires homœopathiques publics, où sont données quatre mille consultations par an.

4° Une pharmacie mixte suffisait à Lyon en 1850.

Il y a de plus, en 1865, une pharmacie spéciale exclusivement homœopathique, ouverte depuis cinq ans.

5° Sans vouloir entrer dans le secret de la clientèle privée, nous pouvons affirmer hautement que la méthode homœopathique inspire une confiance chaque jour croissante dans toutes les classes de la société.

Nous vous prions, monsieur le Directeur, de vouloir bien accueillir cette protestation dans votre journal. Ne vous paraît-il pas juste, en effet, que la défense ait la même publicité que l'attaque? Et, d'ailleurs, pouvions-nous garder le silence dans le cas présent, sans manquer aux droits de la vérité, à notre devoir d'éclairer le Sénat et à notre dignité professionnelle?

Comme nous espérons que votre impartialité vous fera insérer notre protestation dans les colonnes du *Moniteur*, nous vous adressons, par anticipation, monsieur le Directeur, les remercîments de vos très-honorés serviteurs, les soussignés,

Drs CHAZAL, EMERY, FRESTIER, GALLAVARDIN, LEMBERT, A. NOACK, RAPOU, SERVAN.

NOUVELLES. — Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nous comptons désormais, au nombre de nos collaborateurs, le professeur de Clermont, M. Imbert-Gourbeyre, dont ils ont pu déjà apprécier les travaux à leur juste valeur. Il a bien voulu nous autoriser à mettre son nom parmi ceux des rédacteurs de *l'Art médical*, et nous accueillons, comme une bonne fortune, son important concours. M. Imbert a essayé, dans le meilleur esprit, de combattre pour la vérité, sur un terrain qu'il croyait neutre. Mais il est devenu suspect, malgré sa franchise, son esprit de conciliation, l'indépendance volontaire qu'il s'était faite, et, pour n'en donner qu'une preuve, nous savons qu'un de ses élèves vient de passer un assez mauvais quart d'heure pour avoir osé lui dédier sa thèse inaugurale.

— Une commission a été nommée par les médecins *homœopathes* de Paris pour aviser à ce qu'il convient de faire au sujet de la question *de l'homœopathie dans les hôpitaux*. Cette question n'a pas été vainement soulevée. Il importe de faire en sorte qu'elle obtienne officiellement ou qu'elle reçoive officieusement, le plus tôt qu'il sera possible, une solution favorable. La commission prépare un travail où toutes les objections seront réfutées, les erreurs redressées, les faits rétablis dans leur intégrité avec les preuves à l'appui ; en un mot, toutes les pièces du procès rassemblées comme pour un suprême appel et un jugement définitif (1). A. M.

(1) Nos confrères sont instamment priés de nous communiquer tous les documents de nature à faire triompher la vérité.

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

Paris. — Imprimerie de A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

SEPTEMBRE 1865

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

DE L'APHASIE
DISCUSSION A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

— Suite et fin (1) —

VI

La suite de notre sujet nous a mené à tenter l'étude analytique des actes que nécessite la parole.

Nous mettons de côté la question de localisation, sur laquelle M. Cerise s'est arrêté, M. Parchappe, également, après avoir voulu tous deux s'engager dans l'étude de la parole, comme étude préalable de l'aphasie ou de la paraphasie. Cette question de localisation viendra plus tard. Avant de savoir si on peut localiser, il est assez légitime de se demander ce qu'on veut localiser; car, comme on l'a si bien dit, la parole emporte avec elle des actes complexes et multiples; c'est pour ainsi dire un résultat d'actes divers. A la rigueur, la parole se localise dans les organes phonateurs; mais quand elle se localise, elle est le résultat d'une formation. M. Bouillaud croit que cette formation est un seul acte, et c'est là sa première erreur, cette formation, au contraire, dépend d'un ensemble d'actes multiples. Il importe donc de les bien distinguer par l'analyse, et, en les distinguant, de voir s'ils sont localisés, et même s'ils peuvent l'être, chacun séparément.

(1) Voy. *l'Art médical*, août 1865.

Et, d'abord, ne remontons pas à la création, ni au déluge; laissons également de côté l'origine du langage. M. Cerise l'a fort bien traitée, et nous serions d'accord avec lui, mais la question n'est pas de notre sujet. Nous ne nous occupons pas de l'enfant, nous prenons l'homme en possession de la parole, et nous nous demandons par quel mécanisme cette parole s'émet?

Le parler est un acte; par conséquent il suppose une sollicitation, une conception, une émission. Une sensation, ou un sentiment, ou une question me sollicitent à parler : je conçois ensuite la parole à émettre; puis je me détermine volontairement ou involontairement à la donner, et je l'exprime par une phonation. Ces trois temps de l'acte général comportent un grand nombre d'actes particuliers; et pour être aussi rapides que l'éclair, ils n'en sont pas moins distincts; on doit les analyser séparément.

En premier lieu, occupons-nous de la sollicitation.

Cette sollicitation peut mouvoir notre volonté intellectuelle ou notre volonté animale. Ce que l'on a appelé l'involontaire ou l'automatisme, n'est pas autre que l'impulsion animale ou sensible, comme je l'ai établi dans la *Physiologie générale*.

La sollicitation qui s'adresse à notre volonté intellectuelle doit donc déterminer un acte d'intelligence, une conception abstraite immatérielle; mais cette conception suppose elle-même des actes sensibles, et si la sollicitation manque son but, ce n'est, peut-être, que par une défectuosité de ces actes sensibles qui servent à l'intelligence. Nous nous en occuperons plus loin, en parlant de la conception vocale.

La sollicitation qui meut notre impulsion sensible nous arrive par les sens externes, par les sens inter-

nes, par les sensations subjectives ou internes; et il est bien clair que si ces voies de la sollicitation sont faussées, la sollicitation elle-même manquera de justesse et de précision. Ainsi; nous sentons en nous-même un quelque chose qui meut notre imagination et lui fait concevoir l'idée d'un mal intérieur situé dans telle ou telle partie; si cette sensation est vicieuse, nous exprimerons aussi vicieusement ce que nous éprouverons; notre parole pourra paraître étrange, incohérente. Un exemple plus saisissant, est celui que nous offre l'imitation. Tout le monde sait qu'on se sent disposé à chanter en entendant chanter : qu'un son frappe notre oreille, et nous sommes portés à l'émettre nous-même. Si nous nous trouvons à côté de quelqu'un à parler original, nous sommes tout disposé à répéter ses intonations. Or, que le sens de l'ouïe soit faussé par un vice, par une lésion quelconque, les sons qui nous arrivent sont eux-mêmes viciés et vicient notre chant ou notre parole. Beaucoup de gens chantent mal parce qu'ils ont l'oreille fausse, qu'ils entendent des sons viciés; beaucoup d'autres parlent mal parce que les sons qui leur arrivent pour les solliciter à la parole sont eux-mêmes viciés. Nous verrons plus loin que l'oreille peut encore vicier la parole d'une autre manière.

Venons à ce qui regarde la conception verbale, sujet plus intéressant.

La conception de la parole suppose la conception de l'idée, et elle en diffère, bien qu'on les ait confondues. L'intelligence peut très-bien concevoir une idée, comme, par exemple, que l'homme est sujet à l'erreur, sans être disposée à émettre cette idée : c'est une pure connaissance qu'elle appréhende et qu'elle garde pour elle. Elle peut aussi, et il est visible que c'est toute autre chose, concevoir cette idée comme une vérité à

émettre : ce n'est plus une conception appréhensive, mais bien une conception émissive. Dans le premier cas, il y a un acte de dehors en dedans; dans le second cas, au contraire, il y a un acte de dedans au dehors. Le second suppose le premier, car émettre suppose une chose à émettre. Beaucoup de bons esprits ont remarqué, et cela est très-vrai, que la conception émissive appelle la conception appréhensive; que pour se bien rendre compte d'une idée, il est souvent utile de chercher à l'exposer, soit par la parole, soit par l'écriture, et que rien ne vous éclaire mieux un sujet que de mettre la main à la plume. Mais ce serait une erreur d'en conclure que toute pensée est forcément verbale, et de dire, avec quelques-uns, que la pensée n'est qu'une parole intérieure; ce serait confondre la conception appréhensive et la conception émissive. Il faut dire seulement que la parole appelle la pensée, et la nécessite, et la suppose, parce qu'elle appelle l'émission d'une idée qui doit être avant d'être émise. La parole est plus qu'un signe de la pensée, c'est la pensée elle-même, l'idée qui, au lieu d'être rentrante, sort, se fait jour en revêtant une forme matérielle.

Or, comprenons bien tous les actes secondaires que nécessite cet acte principal.

D'abord il faut, pour que l'intelligence conçoive une idée abstraite, qu'elle ait pour ainsi dire sous les yeux, sous la main, l'idée sensible des objets de sa conception; c'est l'imagination qui lui fournit ces fantômes, ces images. Ainsi, pour concevoir l'idée abstraite de l'homme, l'imagination doit fournir la figure, le galbe de l'homme. Pour concevoir cette proposition : l'homme est sujet à l'erreur, il faut avoir le galbe d'un homme en acte d'erreur, émettant une proposition fausse ou se trompant dans un acte pratique.

Mais cette figure que l'imagination doit retracer, ou plutôt les figures multiples qui doivent passer sur ce transparent pour que l'opération intellectuelle se fasse, nécessitent l'intervention de la mémoire qui les rappelle, du sens commun qui les coordonne, de l'estimativité qui les juge, nécessitent, en un mot, l'intervention de tous les sens internes.

Il est donc nécessaire, pour que l'idée intellectuelle soit intègre, que tous ces actes secondaires de l'ordre sensible le soient eux-mêmes ; que l'un d'eux seulement soit faussé, et l'idée le sera, par conséquent la parole.

Mais, jusque-là, l'idée n'est que conçue d'une manière appréhensive ; pour qu'elle se traduise par la parole, qu'elle soit maintenant conçue d'une manière émissive, il faut qu'elle soit revêtue d'une forme sensible, il faut qu'elle s'incarne dans un mot et dans une suite de mots. Aussi, l'intelligence qui tout à l'heure extrayait, abstrayait l'idée des formes sensibles, va maintenant s'y replonger d'une autre manière. Elle appelle le mot, ou idée sensible verbale.

Qu'est-ce que le mot ? un *son articulé*, que l'on a entendu, et que l'on a appris être la désignation de tel objet ou de tel acte. L'imagination a retracé cette idée sensible, car l'imagination retrace les idées sonores qui arrivent par l'oreille, comme elle retrace les figures qui nous arrivent par la vue ou l'odorat. Étant devenu sourd ou sans odorat, l'imagination nous retrace des sons, des chants, des paroles, des odeurs, que nous avons autrefois perçus.

Lors donc que la parole va s'incarner, l'imagination lui offre l'idée sensible verbale, ou le mot, dans lequel elle va prendre corps ; et tous les sens internes sont mis en jeu à la fois et du même coup, pour donner à cette

idée sensible toute sa justesse. Qu'un désordre quelconque intervienne, et la parole est mal conçue.

Que se passe-t-il là, en effet ? on a dit qu'il pouvait y avoir *oubli* du mot, et que c'était ainsi que l'intelligence ne pouvait s'exprimer. Remarquons que, dans le moment où l'intelligence abstrait son idée, elle a dans l'imagination les images sensibles sur lesquelles son opération se fait. Quand ensuite elle veut émettre cette idée, il faut qu'elle appelle dans cette imagination l'idée sonore verbale qui répond à ces figures. Mais cet appel elle ne le fait pas elle-même ; il s'opère naturellement par l'imagination qui, retraçant un objet, nous retrace à la fois non-seulement sa figure qui nous est connue par les yeux, non-seulement sa couleur, sa grandeur, sa dureté, sa pesanteur, son odeur qui nous est connue par le nez, sa saveur qui nous est connue par le goût, sa sonorité qui nous est connue par l'ouïe, mais aussi son nom ou idée sensible verbale que l'oreille nous a également fait connaître ; et aussi ce jugement du sens commun qui rectifie toutes ces données en les contrôlant l'une par l'autre ; et enfin son estimation qui nous est acquise soit par expérience antérieure, soit par analogie. En un mot, nous ne concevons pas seulement le nom d'un objet, mais nous concevons d'ensemble l'idée même de cet objet, avec tous ses attributs, y compris le mot qui l'exprime.

Beaucoup de personnes considèrent les sens internes comme agissant isolément : cela n'est pas. Leurs actes sont distincts, il est vrai, mais procèdent ensemble, concourent tous dans l'unité d'un grand acte qui les englobe tous, et qui est la conception sensible.

Si nous nous rendons bien compte de ce que c'est que de concevoir l'idée sensible d'un objet, nous voyons que ce n'est pas seulement avoir dans l'imagination, l'image

visuelle de cet objet : mais que c'est avoir une représentation de cet objet qui nous le fasse distinguer de tout autre. Nous concevons donc en même temps sa couleur, sa figure, ses qualités tangibles et odorantes ou savoureuses, et jusqu'à son nom. Ainsi, dans cette idée, tous les attributs qui la caractérisent sont fortement liés ensemble ; et pour avoir cette idée nous avons fait appel à tous nos sens externes, nous avons ensuite imaginé l'idée, nous l'avons contrôlée par le sens commun, nous avons distingué et estimé l'objet de tout autre en faisant appel à la mémoire. Notre conception est rarement parfaite, il est vrai, par défaut d'éducation ou d'application : mais il nous est impossible de concevoir l'idée sensible d'un objet, sans avoir saisi un certain nombre de ses attributs caractéristiques, parmi lesquels est son nom ; et pour cette conception tous nos sens internes ont été mus à la fois et d'ensemble.

Comme, du reste, il nous est impossible de concevoir une qualité sensible, comme une couleur ou un son, ou une grandeur, sans concevoir immédiatement un objet revêtu de cette qualité, un objet de telle couleur, de telle sonorité, de telle grandeur, il s'ensuit qu'une de ces qualités vous conduit forcément à un des objets qui la portent. Et du moment que vous fixez l'imagination sur un de ces objets, vous ne pouvez en reprendre la conception, sans reprendre en même temps tous ses attributs qui vous le caractérisent, non-seulement sa forme ou sa figure, sa couleur, sa grandeur, etc., mais en même temps son nom: ce nom sonne, pour ainsi dire, dans l'imagination en même temps que toutes les autres qualités s'y retracent. Lorsqu'ensuite, la même idée se représente dans l'imagination, si la conception représente l'objet d'une manière imparfaite, avec un ou plusieurs de ses attributs de moins, sa cou-

leur, sa grandeur ou son nom, c'est que la conception première avait mal uni les divers éléments de l'idée, ou que la conception ultérieure est imparfaite en elle-même dans la constitution de l'idée qu'elle réforme. C'est moins la mémoire que l'acte même de concevoir qui est en faute.

Le trouble peut se mettre là de bien des manières : mais, quel qu'il soit, il dépend donc autant d'un des actes qui entrent en jeu, que de l'acte d'ensemble qui les embrasse et qui les meut, et qui est proprement l'acte de concevoir. Un exemple de notre sujet va le faire saisir. Une personne entre chez vous et vous ne la reconnaissez pas : à plus forte raison ne pouvez-vous dire son nom ; vous croyez immédiatement que la mémoire seule vous fait défaut. Eh bien ! analysez le véritable état de votre conception sensible. En réalité vous avez de cette personne une idée confuse, et pas autre chose : vous concevez mal ses traits ou l'un de ses attributs saillants qui vous l'ont fait distinguer. Cette personne voyant que vous ne la remettez pas, vous dit à l'instant : je suis celui que vous avez soigné de telle maladie dans tel endroit, je vous avais été recommandé par tel individu dont je suis le parent. Sur un des traits que cette personne vous marque, une lumière se fait tout à coup dans votre esprit, et à l'instant vous vous rappelez tous les détails et le nom du personnage. Qu'y a-t-il donc là ? Est-ce vraiment un manque de mémoire du nom ou un défaut de conception. Remarquez que lorsque vous avez connu cette personne elle a été distinguée pour vous par les traits qu'elle vous a rappelés : c'est à ces traits que vous aviez rattaché dans votre imagination tout ce que vous en saviez et jusqu'à son nom. Ces traits qui sont comme le nœud de la conception, vous étant une fois connus, tout ou presque tout ce qui s'y rattache vous

est arrivé à la fois. Or, quand le personnage s'est présenté à vous, tout à l'heure, vous ne voyiez d'abord que sa figure qui n'était pour vous qu'un accessoire de la conception qu'il vous fallait faire, et sa figure ne vous représentait pas; vous ne pouviez pas l'imaginer tout entier, le concevoir par sa figure. Votre prétendu oubli du nom n'était qu'une conception vicieuse, parce que son trait fondamental avait été mal fixé précédemment à tous ses accessoires; et sa figure, comme son nom, vous reviennent dès que l'idée est de nouveau conçue sur ses traits principaux.

Il en est de même dans toutes nos conceptions plus ou moins imparfaites. Chaque objet a un grand nombre d'attributs que nous saisissons plus ou moins dans l'ensemble, et l'un d'eux est le trait, le nœud auquel nous rattachons tous les autres, jusqu'au nom. Quand à la vue d'un objet, nous ne pouvons ni le caractériser, ni le nommer, soyons sûr que la mémoire n'est en défaut que secondairement, et qu'il y a là une conception vicieuse qui ne saisit pas l'objet dans la coordination de ses attributs, qui n'en perçoit pas le trait saillant, original, caractéristique. Vous vous souvenez d'un objet, et vous ne pouvez vous rappeler son nom : c'est qu'alors vous avez bien dans l'imagination l'un des attributs de cet objet, sa figure, par exemple, ou sa couleur, ou sa grandeur; mais vous n'avez pas la conception caractéristique par les traits principaux qui entraînent tous les autres. Il y a une liaison secrète qui relie un nom à son objet, et cette liaison est précisément le fait de la conception qui relie tous les principaux attributs d'une idée. Ainsi, c'est l'acte de conception même, cet acte qui meut la mémoire, l'imagination, la conscience, le sens commun, l'estimativité, qui résume et meut tout cet ordre sensible, auquel il faut d'abord demander raison de tous

les vices dont l'intelligence et le langage se ressentent. C'est là qu'il faut aller chercher le nœud et l'explication de tous les cas de paraphasie cérébrale. C'est cette conception qui quelquefois dissocie les éléments qu'elle devrait réunir, ou qui les rallie confusément, ou qui les associe d'une manière étrange, et donne ainsi des idées imparfaites où les attributs ne sont pas complets, des idées vagues où les attributs ne sont pas fixés, des idées incohérentes où se trouvent les attributs les plus contradictoires.

VII

Nous n'en avons cependant pas encore fini avec l'analyse de la parole. Ce sujet est long, et le lecteur le trouve sans doute : mais qu'y faire ? il faut n'y pas entrer ou aller jusqu'au bout. Je vais toutefois m'efforcer d'abréger ce qui me reste à dire.

Nous avons vu que la parole exige d'abord une sollicitation à la suite de quoi elle est conçue. Nous avons signalé comment cette conception de la parole est émissive, et se distingue de l'acte connaissant qui est appréhensif. Puis nous nous sommes attaché à montrer que cette conception se rattache à la conception de l'idée sensible qui se fait d'un bloc par tous les actes simultanés des sens internes. Et si nous nous sommes bien fait comprendre, on a vu que l'idée verbale est un attribut des objets, et qu'il s'y rapporte comme tous les autres attributs sensibles, sous le lien d'un trait distinctif capital ou de plusieurs qui enchaînent tous les autres pour chaque objet; qu'ainsi, la conception d'une idée sensible entraîne celle de toutes ses qualités, y compris son nom, son mot.

Ce n'est pas tout. La parole ne se contente pas de la conception d'un nom, d'un seul mot : elle exige une

suite de mots exprimant une proposition ; et cette proposition est simple ou complexe, formée strictement de ses trois termes, ou munie plus ou moins de compléments, et d'amplifications; ou mieux encore, c'est un discours comprenant une nombreuse suite de propositions. Il faut donc que l'intelligence, en incarnant sa parole, conçoive tout l'ensemble de son discours avec toutes les pensées secondaires, et selon leur ordre d'évolution ; qu'elle ne perde de vue ni l'ensemble, ni les détails, chacun à leur place ; et que pour cela faire elle possède admirablement tous les actes de l'ordre sensible qui lui servent d'instrument. Il est vrai qu'une telle intelligence parfaite est une chose rare ; mais aussi combien de discours laissent à désirer.

Ce qui déroute surtout l'intelligence, on va le comprendre aisément : c'est l'imperfection de ses instruments, de ces actes de l'ordre sensible dont elle a besoin pour opérer. Ces instruments sont ainsi organisés, qu'ils peuvent, à certains moments, marcher pour ainsi dire sans elle, ou tout au moins la prévenir, et même la tyranniser.

En effet, tous ces actes de l'ordre sensible sont appareillés avec les autres actes de l'ordre sensible. L'imagination, la mémoire et les autres sens internes peuvent être mis en acte par nos sensations subjectives, ou par nos sens externes; et pendant que l'intelligence leur demande telle idée sensible, ils sont souvent sollicités par ailleurs, et d'une manière bien plus impérieuse à en évoquer une toute autre. Je voudrais, pour concevoir la vertu, m'imaginer des hommes faisant des actes vertueux ; mais, dans le même temps, des sensations voluptueuses m'amènent bien plus vivement des images lascives. Je voudrais incarner l'idée d'homme, et j'appelle en vain son idée sensible verbale, le mot *homme*,

parce que dans le même temps sonne dans mon imagination le mot *titi*, ou tout autre.

Ma parole est souvent, le plus souvent même, mise au service de mes besoins, de mes sentiments, de mes sensations, de mes penchants; et ainsi, tel mot, telle expression répondent naturellement à tel phénomène interne que je puis éprouver. Cela fait, l'habitude enracine ces relations, et par le jeu des impulsions ou volontés animales, ce que les uns ont appelé instinct, les autres automatisme, il suit que je n'ai pas plutôt éprouvé telle sensation ou imaginé tel objet, qu'un mot me vient immédiatement. Si l'imagination ou la mémoire sont dérangées, la conception de l'idée sensible verbale, ou du mot, l'est également; et de là des mots conçus qui ne rendent pas ma pensée, des discours désordonnés ou incohérents. Une fois que l'instrument échappe à son dominateur, tous les désordres deviennent possibles : on bien l'idée sonore ne se rapporte plus à l'idée figurative de l'objet, il y a dans l'imagination toutes les confusions de grandeurs, de figure, de sonorité; ou bien c'est la conscience sensible, dont le rôle est de me rendre raison de tous les actes que j'ordonne, qui ne m'avertit pas ou m'avertit mal. Je crois concevoir le mot d'un objet, ma conscience me témoigne que je rapproche bien son nom de sa figure, son idée verbale de son idée figurative; mais ma conscience sensible me trompe, une idée subjective prend la place d'une idée objective, et la parole témoigne une impulsion, non une idée.

Quelquefois c'est l'intelligence elle-même qui a faussé ses instruments en les surmenant. Les sens ont été tellement tendus, fatigués, que le désordre arrive. Il est curieux alors de les voir se reposer un peu, puis continuer d'eux-mêmes le travail auquel on les avait attelés,

et enfin aboutir à un résultat que l'intelligence n'avait pu obtenir en s'en mêlant. C'est qu'en effet les sens ont leur logique, comme l'intelligence à la sienne. L'intelligence, qui procède par idées abstraites, se concentre parfois trop dans l'abstraction, et ne peut alors venir à bout de réunir dans l'imagination les figures dont elle a besoin pour opérer; elle évoque en vain des analogies sensibles ou des dissemblances, et fatigue l'imagination en pure perte. Une fois l'esprit endormi ou distrait, l'imagination abandonnée, mais lancée, ralentit le pas, continue son travail d'elle-même, et rapproche naturellement les similitudes ou les oppositions sensibles de figures, de grandeurs, de sonorité, de nombres; et à un moment donné elle présente à l'intelligence le rapprochement que celle-ci avait en vain poursuivi, et d'où elle abstrait tout à coup l'idée, objet de ses désirs; ou bien le mot, le nom, est naturellement attiré par tous les autres attributs de l'objet.

Il y a donc deux sources différentes de la conception verbale : l'une intellectuelle, et pour ainsi dire supérieure, d'où viennent les impulsions intelligentes : l'autre automatique ou instinctive, foyer de toutes les impulsions involontaires, écho de toutes nos émotions subjectives. Et les sens internes, dans leur conception verbale, sont mus par ces deux courants ou tour à tour, ou ensemble, ou d'accord, ou en désacord.

De toute manière, née pour être émise, l'idée verbale, dès qu'elle est conçue, flue naturellement dans l'appareil émetteur on phonateur; l'acte qui crée la parole la conçoit pour être émise, et la chasse tout naturellement au dehors jusqu'à ce qu'elle soit partie. Et cela a lieu, à moins qu'une intersection ne se trouve entre l'acte qui conçoit et l'acte qui émet, comme on l'observe dans certains

cas de mutité; alors, le malade conçoit sa parole, mais ne peut l'émettre.

L'émission de la parole suppose trois termes : le son vocal, le timbre sonore, et l'articulation verbale. Ce dernier terme surtout nous intéresse, puisque nous n'avons à nous occuper ni de l'aphonie, ni de la paraphonie. L'articulation nécessite l'intervention de tous les muscles qui enveloppent la cavité buccale, et concourent à la prononciation. On sait que la prononciation se distingue selon les articulations littérales. Ainsi, les lettres se distinguent en gutturales, palatines, linguales, dentales, labiales. Pour bien distinguer ce que l'articulation des mots peut avoir de vicieux, il importe d'examiner avec soin quelle est celle des prononciations littérales qui fait le vice.

Comme le muscle reçoit le mouvement du nerf moteur, il faut se rendre compte de l'intégrité de ce nerf dans son parcours. Et comme ce nerf reçoit lui-même l'influx nerveux du centre cérébral, il faut se rendre compte si ce nerf est lésé à son origine cérébrale.

Mais, pour que le jeu de cet appareil soit intègre, il importe que le sujet ait la conscience sensible de tous les actes qu'il accomplit; sans quoi, il peut imaginer, faire tel mouvement et ne le pas faire, ou croire qu'il le fait bien et le faire mal, ou croire qu'il le fait ou en faire un autre.

Non-seulement il faut avoir la conscience que l'on articule, mais il faut encore qu'un sens extérieur témoigne si l'acte s'accomplit et s'il s'accomplit bien. Pour bien opérer avec la main, il faut que la vue ou le toucher, ou l'ouïe, de même que les autres sens, nous témoignent de l'acte que nous opérons. Pour bien marcher, il faut se voir et s'entendre marcher. De même, pour bien parler, il faut s'entendre parler et même se

voir parler, en voyant la figure de l'auditeur, ou en se voyant dans une glace. Si la vue et l'ouïe ne sont pas en état d'intégrité, la parole s'en ressentira inévitablement.

Puis cette prononciation doit être étudiée non-seulement pour l'articulation de chacune des lettres ou des syllabes, mais encore examinée dans la suite du discours, dans la conjugaison des syllabes pour ainsi dire.

Enfin cette prononciation doit être examinée dans le but de savoir si elle émane de la conception intellectuelle volontaire, ou de la conception sensible aux ordres des impulsions animales, et par là remonter dans l'analyse de tous les actes que comporte la parole.

VIII

Cette rapide analyse physiologique et psychologique de la parole devrait être complétée par l'étude du geste et de l'écriture, pour montrer que l'une ne peut suppléer l'autre d'une manière absolue; il faudrait montrer les différences qui existent entre la conception verbale, la conception du signe écrit, et la conception du signe geste.

Mais ce que j'ai dit suffit à montrer combien une observation d'aphasie ou de pharaphasie doit être finement analysée pour être vraiment utile. Faute de plusieurs ou même d'un seul des principaux éléments de cette analyse, on se trouve dans l'impossibilité de préciser l'espèce et la variété du symptôme. Alors on erre à l'aventure. On rapproche comme on le peut, ainsi que nous l'avons fait, des cas analogues, mais on ne s'en rend pas un compte exact, et delà une difficulté de plus pour la séméiotique.

Considérons en effet notre sujet comme il demande

à l'être. Est-ce pour un vain plaisir de physiologiste maniaque qu'on a pris tant de soin, depuis que la médecine existe, de préciser le siége exact de chaque symptôme et le mécanisme de chacune de leurs variétés? Mais point du tout : c'est pour arriver à une précision séméiotique dont l'importance en médecine est au delà de ce que j'en pourrais dire; et c'est pour cela que la physiologie a une si grande valeur dans l'exercice de notre art, outre ses autres applications. Un exemple entre bien d'autres, et le premier qui me vient à l'esprit, démontre cette vérité. Le point de côté est un signe de plusieurs maladies, et la difficulté était souvent grande de préciser toutes ses indications avant qu'on eût clairement marqué ses diverses localisations. Depuis qu'on a justement distingué le point pleurétique, le point névralgique, le point d'hyperesthésie musculaire, et qu'ayant fait cette distinction, on en a marqué les caractères, un pas considérable a été fait sur ce point de séméiotique. Pourquoi le symptôme gastralgie présente-t-il encore aujourd'hui tant d'obscurité? C'est que la distinction de ses diverses espèces selon le siége et le mécanisme physiologique n'est pas encore fait.

Eh bien ! dans les cas divers de mutité et de paraphasie que l'on peut observer, il en est qui tiennent à des congestions symptomatiques de l'albuminurie, comme M. Trousseau en a donné un exemple; d'autres paraissent dépendre de l'hystérie, de l'hypochondrie, de la méningite chronique ou paralysie générale, outre ceux qui dépendent d'une hémorrhagie cérébrale; d'autres paraissent la suite d'une thrombose dans l'artère méningée, comme on en a encore cité des exemples: thrombose (mot nouveau et assez maladroit par parenthèse) qui est le fait d'une artérite, quoi qu'en dise M. Virchow, et qui se montre comme un symptôme

des affections du cœur ou de l'aorte. En un mot, on entrevoit qu'il doit exister plusieurs et même de nombreuses espèces ou variétés de paraphasie et d'aphasie. Les unes se rapportent à la conception émissive de la parole, et il faudrait y préciser quel est, dans le concours des sens internes ou externes, l'acte qui vicie cette conception. D'autres peuvent dépendre de l'appareil émetteur (ou phonateur), ou des sens qui nous témoignent de ses actions et nous permettent de les régler ; et il faudrait préciser quel est l'acte vicié dans l'un de ces appareils.

Mais avec les observations que l'on cite, il est impossible d'énumérer chacun de ces cas, de les préciser, d'en donner les caractères ; elles contiennent une trop imparfaite analyse du symptôme, pour qu'on puisse même risquer une interprétation de quelque valeur ; et avec elles nous en sommes réduits à entrevoir seulement le sujet, à en avoir une sorte d'aperception lointaine.

Pour mettre le lecteur au courant de ces faits, que j'ai déjà résumés, j'en citerai quelques-uns, en reproduisant une partie du discours de M. Trousseau. Ce fragment est intéressant, amusant même, et séducteur par une apparence qui trompe. Quand on veut analyser scrupuleusement chacune des notes dont il se compose, on se voit en peu de temps obligé d'y renoncer. Ce sont des éclairs, ou plutôt des lueurs, qui permettent d'entrevoir le terrain, mais qui vous laissent dans l'impossibilité d'en lever un tracé graphique régulier.

« Laissez-moi, dit M. Trousseau, vous donner quelques spécimens d'aphasie, depuis le degré le plus avancé, dans lequel la pensée a perdu tous ses modes de manifestation, jusqu'au degré où, par nuances progressivement atténuées, on n'observe plus que des modifications intellectuelles si peu prononcées, qu'on a peine à reconnaître l'aphasie.

« J'ai actuellement dans mon service de l'Hôtel-Dieu un homme dont l'œil a conservé son intelligence, dont la face ne présente aucun signe de stupeur, et qui, à toutes les questions qu'on lui adresse, répond imperturbablement : « N'y a pas de danger. » A quelques jours de là, son vocabulaire s'enrichit; il répondait volontiers : « N'y a pas de doute; » enfin, un peu plus tard, il fit un nouveau progrès, et disait de temps à autre : « Tout de même. » Il en est resté a.

« J'ai eu autrefois dans mon service d'hôpital un homme qui ne savait dire que : « Ah ! Fou ! » et qui le dit jusqu'à sa mort. Encore dans les derniers jours de sa vie cessa-t-il de prononcer ces mots; il n'avait jamais eu de stupeur.

« Voici maintenant un autre malade. C'est un ouvrier assez misérable qui a étudié au séminaire pour être prêtre et dont par conséquent l'intelligence a été cultivée; j'insiste à dessein sur ce fait. Une nuit, à la suite d'une orgie, il est frappé d'une attaque d'apoplexie qui le paralyse du côté droit; et à partir de ce moment, il ne sait plus dire que : «Coucici. » Quelquefois, irrité par des questions prolongées, il s'écrie: «Saccon ! » avec l'intonation d'un homme qui jure en s'emportant. Quand cet homme fut à peu près guéri de sa paralysie, j'essayai de le faire écrire; il écrivait correctement son nom : « Paquet; » on lui disait d'écrire le nom de sa femme, qui s'appelle Julie, il écrivait encore : « Paquet. » Le nom du mois, encore « Paquet. » Sa mécanique verbale était montée ainsi, et elle marchait indéfiniment de la sorte.

« Chez un homme dont les manifestations de la pensée par la parole et par l'écriture étaient aussi profondément lésées, il était intéressant de savoir dans quelle mesure la mimique était affectée. Je le priai de faire le geste d'un homme qui joue de la clarinette : il fit celui d'un homme qui bat du tambour. Je lui montrai alors comment on joue de la clarinette, et il imita mon geste, après d'assez maladroites tentatives. Je l'invitai aussitôt après à battre du tambour, et il fit, après avoir hésité un instant, le simulacre d'un homme qui joue de la clarinette. Sa mécanique gesticulatoire était désormais montée comme tout à l'heure sa mécanique verbale. Voilà donc un homme d'une intelligence assez cultivée, qui était tout à la fois privé de la faculté de manifester sa pensée à l'aide de la parole, de l'écriture et du geste.

« C'est là, messieurs, un type complet d'aphasie. Tous les modes de manifestation de la pensée étaient abolis dans ce cas. Il était facile d'observer d'ailleurs que chez ce malade, contrairement à ce qu'on a prétendu, l'intelligence était loin d'être intacte. Aussi l'attention, cette faculté importante de l'entendement, était fortement lésée. C'est parce que

Paquet écoutait peu ou regardait mal, qu'il ne savait pas faire ce qu'on lui demandait, ou qu'il le faisait avec maladresse (*l'explication est clairement insuffisante, comme les autres*). L'attention n'était pas seule lésée, la mémoire l'était également.

« Une femme aphasique aussi, qui paraissait intelligente et ne se trompait sur aucun objet, ne savait dire que : « Oh ! que c'est embêtant ! » Elle n'était d'ailleurs nullement paralysée, et rendait volontiers des services à tous les autres malades. Il lui était impossible d'écrire.

« Un jour, un monsieur entre dans mon cabinet et me remet un papier. Je lui demande s'il est muet, et par un geste très-expressif il me fait savoir que non. Il avait été frappé d'un coup de sang huit jours auparavant, et avait perdu depuis la parole, mais n'avait perdu que cela (?). Il écrivait, donnait ses ordres, entretenait une correspondance active comme par le passé ; il n'était donc aphasique que par la parole, mais il ne l'était ni par l'écriture ni par les gestes.

« En voici un maintenant dont l'intelligence est troublée d'une façon singulière. Il ne sait plus lire. C'est un négociant de Valenciennes qui a eu un coup de sang il y a quatre mois. Il parle maintenant à merveille, et raconte que, à la suite de son attaque, il a été un peu paralysé à droite, qu'alors il ne pouvait parler, puis que, peu à peu, la parole est revenue, mais qu'il ne sait plus lire. J'essaye en vain de lui faire déchiffrer le titre du journal, je lui fais épeler chaque mot, lettre à lettre, mais il ne peut assembler les syllabes. Il n'était cependant pas amblyopique, ainsi que je pus m'en assurer en lui faisant ramasser à terre une épingle. Ce qu'il y a de plus vraisemblable, c'est que cet homme peut écrire, et qu'il ne peut lire ce qu'il écrit correctement, d'ailleurs. Je l'invitai incontinent à se mettre à mon bureau, et il écrit aussitôt cette phrase très-obligeante : « Je suis bien heureux, monsieur, d'être venu vous voir ; j'espère m'en retourner guéri. » Il lui fut absolument impossible de lire la phrase qu'il venait de tracer. Peut-on voir, messieurs, un exemple qui démontre mieux l'indépendance de facultés considérées jusqu'à ce jour comme nécessairement connexes, — la faculté de lire ce qu'on a eu la faculté d'écrire.....

« Voici encore un autre aphasique. Celui-ci est receveur de l'enregistrement. Comme le précédent, il a eu une légère attaque de paralysie à droite. Depuis cette époque, il ne sait plus lire les chiffres. J'écris 766 ; il épelle avec moi chiffre à chiffre, mais est incapable de dire ce que représente un 7, suivi des deux 6.

« M. le D[r] Lanceraux, chef de clinique de la Faculté, m'amène un jour un malade ; cet homme est un graveur, ancien élève de Coignet,

et qui dessinait autrefois parfaitement bien. Il se croyait remarquablement intelligent; mais ses phrases, commencées d'une façon régulière, ne tardaient pas à dégénérer en un assemblage de mots incohérents. Désirant voir si, chez cet homme qui n'avait pas absolument perdu la faculté de parler, mais dont la pensée était mal ordonnée, je pourrais fixer un moment cette pensée en le faisant lire, c'est-à-dire en lui faisant exprimer mécaniquement la pensée d'un autre, je pris un livre d'hôpital : c'était la *Vie de Sainte-Geneviève*. Il essaya d'en déchiffrer la première phrase, qui était ainsi conçue : « Quatre siècles se sont écoulés depuis qu'une humble bergère, » il lit : « trois, » et ouvrant les doigts, « quatre, » rectifiant ainsi par le geste l'incorrection de sa lecture. Il prononce quelques phrases niaises à propos du mot « bergère ». Je l'invite alors à dessiner une bergère, et il crayonne quelque chose d'informe et qui n'avait rien d'humain. Voilà donc un dessinateur qui, entre autres pertes que son intelligence a faites, a perdu la mémoire du dessin, comme tout à l'heure un financier avait perdu celle des chiffres.

« Il est certains aphasiques qui n'ont pas la mémoire des mots usuels. Un professeur de la Faculté de droit était capable de parler très-pertinemment sur les questions de jurisprudence les plus abstraites, à cela près qu'il lui échappait de temps à autre des mots inconvenables et dont il était hors d'état de réprimer l'émission. Mais il ne pouvait demander à son domestique ni son chapeau, ni son parapluie.

« D'autres ont oublié le sens des mots qu'ils emploient : il y a chez eux une véritable substitution de mots. Ainsi, un professeur de la Faculté de médecine, mort il y a trois ans, avait une belle-mère aphasique; cette dame disait les choses les plus inconvenantes, les injures les plus grossières, en faisant le geste gracieux d'une personne qui invite quelqu'un à s'asseoir, et c'était en effet ce qu'elle voulait qu'on fît.

« Un autre terminait tous ses mots en tif; il disait bontif pour bonjour, ventif pour vendredi, etc.

« Voyons maintenant des exemples d'aphasie très-transitoires, et dont les caractères n'en sont pas moins nettement accusés. Un de nos plus distingués collègues de l'Académie s'était fracturé le péroné; pour dissiper ses ennuis, il tenait les *Entretiens littéraires* de Lamartine. Tout à coup il s'aperçoit qu'il ne comprend plus ce qu'il lit; surpris, il sonne, un domestique arrive, notre collègue veut donner un ordre, il lui est mpossible de prononcer un seul mot; il veut écrire, cela lui est également impossible. Un médecin est appelé, le malade fait un geste qui signifie qu'il veut être saigné. On le saigne en effet, et presque aussitôt quelques mots peuvent être prononcés. Puis peu à peu la faculté de

parler revient complète. Or, pendant que notre éminent collègue était ainsi frappé d'aphasie, il constatait que ni sa langue ni ses mains n'étaient point paralysés, et il cherchait mentalement quelle pouvait être la lésion de son encéphale qui entravait à ce point les manifestations de la pensée.

« Un négociant du Havre, au milieu d'une partie de cartes, éprouve subitement l'impossibilité de parler; il quitte son cercle et se hâte de rentrer au logis (ce qui prouve qu'il n'était nullement paralysé). On lui applique aussitôt des sangsues; quelques-unes ne prenaient pas bien, lui cependant se démenait de toutes façons pour exprimer une pensée qu'on ne pouvait comprendre. Enfin le sang coule; il peut formuler quelques mots : c'était de meilleures sangsues qu'il voulait. L'aphasie, qui était des plus absolues, disparut au bout de quelques heures.

« Je dois ajouter que ce malade est albuminurique, et que l'académicien dont je viens de parler est glycosurique, de sorte qu'il se pourrait bien que, chez celui-ci comme chez celui-là, il y eût une altération spéciale du plancher du quatrième ventricule ou des parties voisines de ce plancher. »

Comme je le disais plus haut, ce peut être là un essai, mais non un travail régulier, et il n'y a pas un fait dont on pourrait présentement donner une interprétation régulière; trop de détails manquent.

IX

Il paraît donc bien que, dans l'état actuel de la science, l'aphasie et la paraphasie sont des signes dont la valeur séméiotique est mal précisée. D'une manière générale, et en prenant en considération beaucoup d'exemples, on peut dire que ce sont les signes le plus ordinairement d'une affection cérébrale, probablement d'une congestion ou d'une hémorrhagie. C'est ce que l'on savait déjà; on ne sait rien de plus.

Cependant M. Bouillaud et les autres localisateurs prétendent, ainsi que nous l'avons vu, localiser l'aphasie dans les lobes antérieurs du cerveau. M. Dax opine que c'est dans le lobe antérieur gauche. M. Broca précise que c'est dans la troisième circonvolution du lobe anté-

rieur gauche. C'est le dernier point qui nous reste à examiner.

Physiologiquement, vouloir que les lobes antérieurs et particulièrement le gauche, et plus particulièrement encore la troisième circonvolution postérieure de ce lobe soient le siége de la parole, c'est de par les faits et de par la raison une déraison complète.

Un seul fait ne suffirait pas, quoiqu'on le dise quelquefois, parce qu'il pourrait y avoir une anomalie. Mais plusieurs faits bien constatés deviennent un témoignage irrécusable. Il y a un certain nombre de ramollissements des lobes frontaux droit ou gauche, sans aphasie; M. Vulpian en a cité 7 cas; il y en a d'autres observés par des anciens et par des modernes. En outre, on a observé l'aphasie avec le ramollissement des lobes occipitaux (M. Vulpian, M. Cornil); avec une lésion de la protubérance annulaire (Yelloly, Cruveilhier, Martin-Solon); des corps striés (Andral, Bright, Romberg, Charcot); du cervelet (Marcé, Winslow); des olives (Schrœder van der Kolk et autres); de la moelle allongée (Romberg). M. Velpeau a cité le fait d'un perruquier bavard, et bavard jusque dans ses derniers jours, dont les deux lobes frontaux furent trouvés à l'autopsie réduits en bouillie. Le D[r] Piter, à l'hôpital du Gros-Caillou, a vu un malade qui, à la suite d'une chute sur l'occiput, eut, par contre-coup, une attrition complète des deux lobes frontaux, et qui ne cessa, pendant les deux jours qu'il vécut encore, de vociférer dans le délire. M. Trousseau a rappelé qu'il avait vu, pendant son séjour à Tours, un officier blessé en duel : « La balle de son adversaire avait traversé la tête, d'une tempe à l'autre; la cervelle s'était épandue au dehors; on avait dû extraire la balle, arrêtée sous le temporal. Une fois l'opération faite, la stupeur devint moins profonde, et

le malade témoigna sa reconnaissance par un geste de la main. Au bout d'un mois, il était complétement remis; il venait à la salle de garde, dont il faisait les délices par son esprit et sa gaieté. Il collaborait même à distance avec des vaudevillistes de Paris. Cependant il eut, quatre mois environ après sa blessure, de la céphalalgie, puis de la fièvre, et il mourut. A l'autopsie, on trouva un abcès *profond* dans un des lobes frontaux, lequel reconnaissait pour cause la présence d'une esquille du temporal au milieu de la substance du cerveau. Ainsi cet homme, dont les *deux* lobes antérieurs avaient été labourés par une balle, dont l'un d'eux renfermait une esquille osseuse, n'était pas aphasique. »

Les faits sont donc là pour démontrer que les lobes frontaux peuvent être lésés sans aphasie, et que l'aphasie peut se montrer avec des lésions de toute autre partie du cerveau.

A un autre point de vue, comme l'a dit M. Parchappe, une fonction localisée nécessite un organe déterminé, et, quand un organe n'a pas de parties nettement et structuralement distinctes, on ne peut logiquement dire que, dans cet organe, telle partie accomplit une fonction distincte. De quel droit pourrait-on dire, par exemple, que le lobe supérieur du poumon a une fonction différente du lobe inférieur. Le foie paraît avoir deux fonctions : l'une de faire la bile pour les vaisseaux biliaires, l'autre de faire du sucre pour les vaisseaux veineux. Ces deux fonctions s'accomplissent simultanément dans chaque lobule; et on n'a aucune bonne raison de dire qu'une partie du foie, le lobe gauche, par exemple, fait de la bile, et qu'une autre partie, le lobe droit, fait du sucre. La raison anatomique est tout à fait décisive, comme pour le cerveau; et il faut tenir compte de l'ancien adage : *La structure explique la fonction.*

Dans le cerveau, comme l'a dit très-bien M. Parchappe, il n'y a que deux choses à distinguer : la substance blanche et la substance grise. La substance blanche paraît être simplement conductrice. La substance grise ou ganglionnaire se montre d'abord dans le cerveau comme le long des racines de la moelle et le long du grand sympathique ; elle se montre en outre et surtout comme enveloppe froncée de toute la substance blanche, comme matière des circonvolutions en rapport avec les fibres blanches. On est donc assez légitimement porté à penser que cette substance grise des circonvolutions est comme le point de départ et le point d'arrivée des fibres blanches. Ce serait comme le siége de tous les phénomènes de sensibilité et d'impulsion centralisés. Nous y pourrions placer le siége des sens internes, des sensations subjectives internes, de la volonté animale et de ses impulsions et déterminations diverses.

Mais, comme l'a fort bien remarqué encore M. Parchappe, cette substance des circonvolutions est partout continue, et partout la même, sans qu'on puisse marquer la moindre intersection. Elle nous montre que les actes divers qui s'y passent sont liés les uns aux autres, et doivent s'enchaîner inévitablement. Vouloir dire que telle partie répond plutôt à un acte qu'à un autre, c'est aussi contraire à l'anatomie physiologique que vouloir dire le lobe gauche du foie et le lobe droit sont attribués à des fonctions séparées.

Et en effet, d'un autre côté, l'on peut comprendre que tous les actes dits psychologiques sont comme inséparables. En analysant l'acte de la parole, nous avons pu voir comment et combien tous les sens internes : la mémoire, l'imagination, le sens commun, l'estimativité, sont simultanément mis en jeu pour concevoir l'idée sensible verbale, et ensuite pour l'émettre. L'acte in-

tellectuel se meut dans l'unité logique, et emporte tous les actes des sens internes dans son unité, même les sensations internes. Et comme nous l'avons vu encore, l'acte émetteur de la parole est en réalité le même que l'acte connaissant, à cette seule différence qu'il y a appréhension dans l'un, émission dans l'autre.

Il est donc impossible, selon la pathologie, l'anatomie, la physiologie et la psychologie, de trouver des localisations dans les circonvolutions cérébrales qui sont comme le centre d'appréhension et d'émission des sens et des mouvements.

A cet égard, M. Bouillaud est tout à fait dans l'erreur, et il a le plus grand tort d'insister avec tant d'ardeur et de ténacité. La passion qu'il semble y apporter, son langage, l'étroitesse de vue où il cantonne son argumentation, ne peuvent que lui faire du tort, et ne sauveront pas cette partie de la phrénologie qu'il s'ingère si mal à propos de défendre. Il se tient à cheval sur la loi de coïncidence, et, comme le lui a dit fort justement M. Guérin, il veut faire de cette coïncidence une loi de relation de cause à effet. C'est là le renversement de la logique. M. Bouillaud devrait cependant se méfier des prétendues lois de coïncidence; elles lui ont déjà joué un mauvais tour à propos de l'endocardite et du rhumatisme, en l'arrêtant sur un chemin qui, s'il l'avait parcouru logiquement et médicalement, l'aurait mené beaucoup plus loin, lui eût fait retrouver et remettre en honneur le principe des métaptotes morbides, au lieu de le tenir à établir vaguement et étroitement que l'endocardite est liée au rhumatisme. Dans la question qui nous occupe, sa fausse loi de coïncidence lui joue un tour pire encore : de ce qu'un grand nombre de faits montrent l'aphasie liée avec une lésion des lobes frontaux, il s'empresse de conclure que l'aphasie dépend toujours de la lésion de ces

lobes frontaux, et que ces lobes doivent être le siége de la parole. Il se contente de cela. Et si des faits contraires lui sont opposés, il les nie ou les considère comme des exceptions. De la sorte, non-seulement il tire une conclusion fausse, non-seulement il violente la science pour répudier ce qui nuit à sa théorie, mais encore il se prive même du plaisir de chercher et de trouver d'abord pourquoi il a des exceptions nombreuses à sa loi de coïncidence, et ensuite quelle est la véritable loi scientifique de ce sujet.

En effet, voyons bien la question.

Il y a, dit M. Bouillaud, un grand nombre de faits qui démontrent la coïncidence entre l'aphasie et la lésion des lobes frontaux. Il en trouve 140, d'autres n'en comptent que 114 ; en réalité, le nombre n'y fait rien. On ne peut nier qu'il y ait plusieurs observations de lésions des lobes fontaux sans aphasie, et qu'il n'y ait aussi plusieurs cas d'aphasie avec des lésions d'une autre partie du cerveau. Donc, la coïncidence qui paraît la plus fréquente n'est pas absolue, n'est pas une loi, et est une simple relation qui demande à être expliquée. C'est là tout.

Or, quelques remarques peuvent rendre les choses plus claires.

D'abord, les lobes frontaux sont les plus minces, et il est difficile qu'un noyau d'inflammation ou d'hémorrhagie s'y produise, sans que les couches corticales soient atteintes plus ou moins; et par cela même, sans que le siége du centre sensitif et moteur (que nous avons vu plus haut être dans les circonvolutions) soit atteint. Au contraire, les autres lobes cérébraux, le moyen et le postérieur, sont beaucoup plus volumineux; un foyer d'inflammation ou d'hémorrhagie peut s'y faire facilement, sans que les circonvolutions soient atteintes. Il y

a donc lieu de croire qu'une lésion des lobes antérieurs atteindra plus facilement la surface sensitive-motrice que ne le fera une lésion dans les lobes moyens et postérieurs; et par conséquent, il n'y a rien d'extraordinaire que l'aphasie soit plus fréquente avec une lésion des lobes antérieurs, sans pour cela y être localisée.

Pour sanctionner cette remarque, il faudrait, dans des autopsies bien faites, démontrer qu'une lésion des lobes frontaux ne rend aphasique que lorsqu'elle lèse la couche des circonvolutions; et, dans le cas où l'aphasie n'existe pas, bien que les lobes frontaux soient lésés, c'est que la lésion ne va pas jusqu'aux couches corticales. Il faudrait aussi démontrer qu'une lésion des lobes moyens et postérieurs produit l'aphasie, si elle atteint les circonvolutions, ne la produit pas si elle ne les atteint pas. Mais, dans tous les cas, il faudrait encore bien examiner si les nerfs phonateurs ne sont pas altérés dans leur parcours ou à leur origine. Malheureusement, un très-petit nombre d'autopsies permet d'assurer ces remarques, et nous devons demander à des observations ultérieures une confirmation.

D'un autre côté, la conclusion si aventurée de MM. Dax père et fils, et celle plus aventurée encore de M. Broca, peuvent être, bien que radicalement fausses, des traits de lumière. Au fond, qu'ont-ils constaté? Que souvent la lésion est non-seulement dans les lobes antérieurs quand il y a aphasie, mais très-fréquemment dans le lobe gauche, et souvent, dit M. Broca, dans la troisième circonvolution postérieure. Ainsi, comme le reconnaît M. Trousseau, sur 135 cas d'aphasie, il y en aurait 125 avec paralysie du côté droit du corps, et par conséquent avec une lésion des lobes gauches. M. Trousseau compte également 14 cas dans lesquels, comme l'a dit M. Broca, la lésion était bien dans la troisième cir-

convolution du lobe gauche. Il est vrai que le même M. Trousseau compte 18 faits contraires. Mais, encore une fois, les chiffres me paraissent peu de chose, et ne donnent qu'une indication relative. Ces accumulations de faits, où souvent il y a tant de choses différentes, où il s'agit tantôt d'encéphalite, tantôt de lésion traumatique, tantôt d'hémorrhagie ou de toute autre chose, ne sont que des rapprochements ingénieux capables d'ouvrir les yeux de la réflexion : les prendre comme témoignages certains de relations mal définies, c'est de la pure niaiserie ; il ne faut les aecepter que comme solliciteurs d'avis.

Nous nous en tenons donc à constater qu'il y a un grand nombre de faits d'aphasie ou paraphasie, avec une lésion des lobes gauches ; qu'il y a aussi un certain nombre de cas où la lésion a été observée dans la troisième circonvolution antérieure du lobe gauche. Voilà le résultat brut de l'observation. MM. Dax et Broca ont brodé là-dessus deux théories que la physiologie déclare absurdes, et que le simple bon sens trouve ridicules, la dernière surtout : on doit les écarter comme des conceptions bizarres. Mais le résultat de l'observation demeure inexpliqué, et demandant son interprétation.

Après des chutes aussi graves que celles des honorables savants que nous venons de citer, l'on doit être peu tenté de s'aventurer sur un terrain si dangereux. Cependant, on ne doit pas désespérer d'avoir quelque jour la clef de cette énigme. Déjà, me semble-t-il, on peut au moins entrevoir, et sous toutes réserves, des remarques qui donnent quelque satisfaction à l'esprit. J'observe, en effet, qu'avec les maladies du cœur les affections cérébrales ne sont pas rares : ce sont des hémorrhagies, des encéphalites (que l'on nomme aujourd'hui des ramollissements), peut-être même quel-

quefois des méningites partielles. D'un autre côté, l'on sait que la communication la plus courte et la plus directe du cœur au cerveau se fait par l'artère carotide gauche, qui s'embranche directement sur l'aorte, pendant que la droite prend racine sur le tronc brachiocéphalique ; et de cela je me rends suffisamment compte, en réfléchissant que le côté droit du corps, qui est le plus actif, reçoit son influx nerveux de l'hémisphère cérébral gauche ; et qu'ainsi la vitalité et la circulation doivent être plus actives dans l'hémisphère cérébral gauche que dans le droit. J'en conclus donc que les affections cérébrales sous la dépendance du cœur doivent être plus fréquentes dans l'hémisphère gauche que dans le droit : que, si elles se produisent dans le lobe antérieur, où les couches corticales sont facilement atteintes, l'aphasie ou la paraphasie en seront très-fréquemment le signe.

En poursuivant mes observations anatomiques, je remarque encore que l'artère sylvienne qui va se jeter derrière la troisième circonvolution cérébrale à droite et à gauche, est à l'extrémité de la carotide interne sa branche la plus directe, celle qui lui fait le plus justement une suite, qui rompt le moins le jet de l'ondée sanguine, et qui, en outre, brise cette ondée la première de toutes les branches cérébrales. Je ne suis donc pas étonné, encore une fois, que cette artère qui domine le lobe antérieur, qui domine même la troisième circonvolution postérieure de ce lobe puisse, si elle est lésée, altérer en premier lieu l'endroit où elle se trouve. Si donc je puis trouver étrange et même léger l'avis de M. Broca, qui vient dire que le siége de la parole est dans la troisième circonvolution postérieure du lobe frontal gauche : autant même je me révolte contre cette conclusion : autant, au contraire, je suis disposé à ad-

mettre que, dans une affection cérébrale avec aphasie, sous la dépendance d'une maladie du cœur, la lésion pourra siéger dans le lobe antérieur gauche, et plus particulièrement vers sa troisième circonvolution postérieure.

Mais hélas! combien y a-t-il aujourd'hui d'observations sur lesquelles on puisse juger de ces choses? Bien peu, pour ne pas dire plus. L'esprit tout entier à la recherche des lésions les plus prochaines des symptômes qu'on a observés pendant la vie, les médecins, plus dans les hôpitaux encore qu'ailleurs, peut-être, négligent constamment l'examen des vraies questions médicales. Sous l'influence des idées de *l'Art médical*, on s'occupe un peu plus qu'il y a dix ans de reconnaître les espèces morbides et d'isoler les affections symptomatiques. Mais combien il reste encore à faire! Une affection cérébrale se présente-t-elle : s'il n'y a pas de symptômes grossiers appelant l'attention sur un autre point de l'économie, on ne regarde que ce qui saute aux yeux. Qu'une affection du cœur ou de l'aorte soit dissimulée, on la néglige entièrement, et l'on atteste simplement le ramollissement cérébral, sans autre souci. Peut-être les plus fins, les plus au courant de la science nouvelle, iront-ils à la recherche d'un thrombus artériel, selon des idées grossières, et plus niaises encore que grossières, de l'allemand Virchow. Hébétés de prétendue science allemande, ils iront constater une altération de la membrane interne de l'artère avec caillot, sans s'apercevoir qu'il y a une artérite; et ayant dit que c'est une affection cérébrale avec trombose, ils croiront avoir tout dit. Que faire alors de leurs observations, et quelle médecine établir avec ces travaux?. .

. . . .

. . . . »

La discussion académique aurait pu nous donner plus que ce qu'elle a donné. Mais, il faut aussi le reconnaître, la question était mal engagée, trop passionnée et trop personnelle peut-être pour quelques membres. Elle peut servir à éclairer l'avenir, et nous devons espérer des temps meilleurs. Ce qu'il en ressort surtout, c'est qu'il faut revenir plus sérieusement à la médecine, délaisser un peu plus encore la statistique, ou faire moins fonds sur elle. Nous avons vu une question seméiotique pour laquelle on a négligé les trois termes que toute question de cette nature comporte : un mot nouveau, et assez peu exact d'ailleurs, donné à un symptôme mal défini, et devant lequel la tradition médicale a été négligée ; des explications psychologiques fines et non sans esprit ni sans élévation, dont le tort grave était de n'avoir pas un rapport exact avec la physiologie ; des observations curieuses, mais incomplètes ; des théories physiologico-pathologiques malheureuses, pour ne pas dire plus. D'un autre côté, l'on nous a signalé des faits intéressants qui ouvrent sur un coin de la séméiotique une perspective de précieux renseignements, quand l'observation les aura complétés. Nous avons été amené à voir que la parole fait partie d'un acte d'ensemble de la conception sensible qui emporte le jeu de tous les sens internes, lesquels sont au service de l'intelligence d'une part, et au service des actes automatiques d'autre part. Nous avons trouvé une raison de plus, outre les autres qu'enseigne la physiologie organique, pour penser que la couche des circonvolutions cérébrales pourrait bien être le siége de l'appareil sensitif-moteur, qui relie l'intelligence aux actes de l'ordre animal. Nous avons été conduits à considérer que les lésions qui amènent beaucoup de cas de paraphasie pourraient bien siéger spécialement dans cette couche de

circonvolutions cérébrales, siége probable du foyer sensitif-moteur. Enfin, nous avons été entraînés à penser que la fréquence des lésions dans l'hémisphère gauche du cerveau, et plus particulièrement vers les lobes frontaux, pouvait tenir tout à la fois et à la disposition anatomique du système vasculaire qui relie le cœur au cerveau, et à la relation qui enchaîne souvent les affections cérébrales aux affections du cœur.

Voilà à peu près le bilan de la discussion académique et des réflexions qu'elle suggère. Somme toute, bien des choses confuses, mais beaucoup de questions soulevées et non résolues faute d'observations précises : mais aussi quelques lumières sur un sujet très-obscur, et des espérances de solutions qui doivent renouveler l'ardeur de ceux que le zèle de la science et de la vérité emportent, que les occasions peuvent favoriser.

F. Frédault.

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 5e article (1) —

Mais il faut davantage préciser. Quelle est cette maladie? Ne sévit-elle que sur les nouvelles accouchées? où sont ses confins? quels sont ses attributs? Notre réponse se trouve dans les propositions suivantes :

Première proposition : La *fièvre* dite *puerpérale n'est point une maladie essentielle à la puerpéralité*. En effet, l'ensemble des symptômes et des lésions qui la constituent par leur enchaînement se retrouve, avec les

(1) Voir *l'Art médical*, mai, juin, juillet et août 1865.

mêmes caractères et les mêmes évolutions, en dehors de cette influence, de manière à représenter bien évidemment une maladie absolument identique, indépendamment de son origine.

Il suffit, dans quelques circonstances, d'une opération pratiquée sur l'utérus, de la ligature des polypes, en particulier — toujours en l'absence de l'état puerpéral — pour déterminer l'explosion de symptômes semblables à ceux de la fièvre puerpérale. Beaucoup de chirurgiens ont eu l'occasion d'en observer des exemples. Philippe Boyer insiste sur leur parfaite ressemblance avec ceux qui surviennent à la suite des couches. — J'ai vu, pour mon compte, à l'Hôtel-Dieu, une femme déjà sur le retour, dans un état de santé générale, relativement le meilleur possible — sauf quelques symptômes dont elle se plaignait du côté de la matrice — en offrir un remarquable témoignage. Le chef de service avait soupçonné chez elle l'existence d'un polype intra-utérin. Peu d'heures après l'introduction, d'ailleurs très-méthodique de l'éponge préparée dans le col de l'organe, cette malheureuse femme fut prise tout à coup des symptômes de la fièvre puerpérale la plus grave, et succomba au bout de deux jours à peine, comme foudroyée par ces accidents. Elle n'avait qu'une hypertrophie interstitielle de l'utérus que l'autopsie vint démontrer.

Et il faut noter itérativement que ces phénomènes qui représentent, chez la femme, la fièvre puerpérale, sans état puerpéral, n'ont pas nécessairement pour support l'utérus ou ses annexes, ses vaisseaux lymphatiques ou veineux, tout ou partie du péritoine lui-même, et que, malgré la diversité des localisations, la physionomie générale des symptômes n'en est point changée.

On en pourrait citer plus d'un fait à l'appui. Il nous suffit de résumer très-brièvement ici l'observation re-

cueillie à l'hôpital Sainte-Marguerite, en 1853, par M. Nicas, interne du service de M. Pidoux (1).

OBSERVATION.

Une femme de vie régulière, non mariée et sans enfants, mais ayant fait, quatre ans auparavant, une fausse couche qui, sans accident immédiat, avait « laissé une santé faible, troublée d'indispositions, » est prise d'un frisson et voit ses règles s'arrêter sans cause connue. Cinq jours après, sans autres prodromes, une douleur abdominale intense se manifeste avec vomissements et diarrhée, accompagnée d'une profonde prostration des forces; la face est grippée, le pouls à 120. Le toucher et la pression indiquent l'intégrité de l'utérus et de ses annexes. Ces phénomènes augmentent rapidement d'intensité. Le septième jour, à partir de l'invasion, le pouls est serré et petit, la voix faible et plaintive, l'intelligence néanmoins bien conservée. Le huitième jour, douleurs vagues dans les membres inférieurs où l'on n'observe rien, douleurs qui deviennent plus accusées et crampoïdes, les jours suivants, aux articulations des doigts et des poignets, au genou et au cou-de-pied. Les phénomènes locaux de péritonite qui se sont développés d'abord avec plus de force, s'affaissent, pendant que les vomissements augmentent. Les traits s'altèrent de plus en plus, les yeux se cavent, l'intelligence persiste jusqu'au dernier jour (le onzième), où, après un peu d'animation, la malade tombe dans le coma et meurt dans la nuit.

A l'autopsie: Les plaques rouges au niveau des articulations ont disparu; pus phlegmoneux dans les articulations du coude, du poignet et tibio-tarsiennes, des deux côtés, dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit, dans les gaînes tendineuses qui passent autour du poignet gauche, sous la peau du genou droit, entre la peau et la rotule; péritonite générale suppurée, plaques de pus entre les anses intestinales; accumulation de pus et de fausses membranes dans les culs-de-sac utéro-rectal et utéro-vésical... — Et tout cela pendant que l'utérus est dans un état d'intégrité complète, de volume ordinaire, « le col est lisse, la muqueuse brune; il contient des mucosités filantes; les ligaments larges ne sont pas enflammés; pas d'abcès; les ovaires sont sains; l'ovaire droit présente un corps jaune qui n'est par encore en voie de cicatrisation; la trompe droite adhère à la face postérieure de l'utérus, la trompe gauche est libre; autour des trompes il n'y a aucun

(1) Rapportée *in extenso* dans *l'Art médical*, t. VIII, p. 322.
(2) Et non des prodromes.

indice de dépôt purulent ou sanguin. » D'ailleurs la muqueuse des voies digestives ne porte « pas trace d'ulcération, pas la plus petite perforation recherchée avec soin, » etc., etc.

L'auteur de cette intéressante observation a soin de faire remarquer que les abcès articulaires constatés à l'autopsie ressemblaient tout à fait à des abcès métastatiques articulaires d'infection purulente.

Ce n'est pas tout. Ce même enchaînement de phénomènes présentant les mêmes désordres, la même gravité, les mêmes tendances, la même fin — en un mot, les mêmes attributs, — n'est pas rare chez l'homme et l'enfant nouveau-né, soit à l'état sporadique, soit, similitude plus remarquable, à l'état épidémique, ainsi que nous l'établirons tout à l'heure : de sorte que M. le professeur Trousseau a pu se donner le malin plaisir, dans la discussion académique, en 1858, d'exhumer aux yeux de ses auditeurs ébaubis, ce fantôme bizarre et paradoxal de la fièvre *puerpérale* qui prend licence d'atteindre non-seulement les femmes à la suite des couches, mais encore les enfants et les hommes, et, à la rigueur, les académiciens.

Notre première proposition ainsi résolue, nous conduit à la suivante, qui en découle logiquement.

DEUXIÈME PROPOSITION : *La fièvre puerpérale est identique par sa nature à la diathèse purulente.* En effet, la nature d'une maladie ne pouvant être déterminée que par l'ensemble de ses attributs, il est aisé de voir que les plus importants caractères génériques de la fièvre puerpérale se confondent avec ceux de l'état purulent.

a. « Les principaux caractères séméiologiques de cet état, d'après notre ami Milcent (1), sont : « une *sensation de faiblesse extrême*, la *pâleur de la face*, la *voix*

(1) *De l'État* dit *typhoïde dans les maladies.* — *Loc. cit.*, p. 32.

éteinte, les *yeux ternes*, la *peau mate*, la *physionomie profondément altérée*, des *sueurs fréquentes et froides*, un *pouls faible*, *frémissant*, et *l'intelligence le plus souvent*, mais non constamment, *intacte*. » Il faut ajouter les *frissons* et le *type rémittent du mouvement fébrile*. Comme dans les états spontanés ou traumatiques, plusieurs de ces symptômes peuvent manquer quelquefois, mais c'est un trait de ressemblance de plus en faveur de l'identité des accidents.

b. Les caractères anatomo-pathologiques n'offrent pas une similitude moins parfaite. Au début, chez les blessés, la plaie devient terne, son exhalation tarit; chez les accouchées, l'écoulement lochial se supprime ou se décompose bientôt. Ce sont les mêmes suppurations le plus souvent *latentes;* tantôt uniques, mais en ce cas, généralement *diffuses*, comme le phlegmon du tissu cellulaire, des membranes séreuses, des tissus parenchymateux; tantôt *multiples*, et alors, affectant communément l'aspect dit *métastatique*. Ces lésions peuvent atteindre la plupart des *tissus*, des *organes* et des *appareils* de l'économie, les *articulations*, les *vaisseaux*, — en particulier, les *veines*, — le *sang* lui-même, et les autres *humeurs plastiques*. Il y a dans la fièvre puerpérale, comme dans l'état purulent, tendance décidée et générale à la production du *pus*, et parallèlement, d'après des recherches récentes, à la formation du *liquide pyoïde* dans les caillots cruoriques enkystés.

c. Les caractères étiologiques sont également communs. Nous avons parlé du rôle analogue que peuvent jouer une *surface suppurée* après une amputation, ou la *plaie utérine* après la parturition, la *rétention du pus* ou *du délivre*, la *putridité* des diverses exhalations morbides chez les opérés ou les accouchées. Il faut ajouter l'influence considérable déterminée par l'*encombrement* des sujets

dans les salles de chirurgie ou d'accouchement. Enfin, nous devons plus particulièrement rappeler ici le *génie épidémique* que revêtent des deux parts les accidents, dans certaines circonstances et surtout dans certains milieux infectieux, et la *forme foudroyante* qui les caractérise fréquemment dans ces cas. Un praticien aussi modeste que judicieux, M. le Dr Botrel, dont nous avons eu l'occasion d'apprécier le talent d'observation pendant notre internat à l'hôpital Saint-Antoine, en 1845 (où il remplissait alors les humbles fonctions d'externe du service) a publié cette même année (1) un très-excellent travail sur les épidémies de fièvre puerpérale qui ont sévi en 1842 et 1844 à l'hôpital de Rennes, caractérisées par des altérations du système lymphatique, des abcès métastatiques dans les principaux viscères, des péritonites et d'autres lésions disséminées. Or, il observait en même temps, dit M. Ed. Dufresne, citant ce même témoignage (2), « une épidémie de diathèses purulentes sur d'autres malades que des femmes en couches, *caractérisées aussi par des angéioleucites.* Ainsi, c'est un jeune homme qui est opéré d'un phymosis et qui meurt d'une angéioleucite suppurée, après avoir présenté des *symptômes typhoïdes;* ce sont des femmes chez lesquelles on ouvre des abcès au sein et qui succombent *rapidement* à la même affection ; ce sont d'autres malades qui sont pris d'angéioleucite (3) à la suite d'une saignée de précaution, ou qui a été faite pour combattre une maladie franchement inflammatoire. »

d. Enfin, nous devons dire par anticipation que l'art n'est pas moins impuissant et désarmé, à l'ordinaire, en

(1) *Mémoire sur l'angéioleucite puerpérale.* In *Arch. gén. de méd.*; 1845.
(2) Dans sa thèse inaugurale. *Loc. cit.*, p. 48.
(3) Et en outre de quelques apparences rudimentaires d'inflammation dans les parois et la gaine celluleuse de la veine des bras ouverts par la saignée.

face des accidents graves de la diathèse purulente ou de la fièvre puerpérale une fois déclarés; et que, pour les prévenir, l'expérience, ainsi qu'il sera démontré plus loin, a démontré suffisamment l'identité de leurs indications.

Ainsi la somme de tous ces caractères conclut unanimement à l'identité de nature de la fièvre puerpérale et de la diathèse purulente.

M. Depaul, il est vrai, s'est inscrit contre cette identité de nature : « Les femmes accouchées, a-t-il dit, peuvent être atteintes d'infection purulente; cela n'est pas douteux; le plus souvent elles succombent à cette maladie; mais celle-ci n'en est pas moins distincte de la fièvre puerpérale, et souvent il est très-facile d'arriver au diagnostic... » Et, à la suite, l'honorable accoucheur se bat les flancs pour inventorier le parallèle que nous avons reproduit plus haut, dans lequel il est absolument impossible, au point de vue de la nature comparée des accidents, de retrouver autre chose que des nuances de symptômes qui se fondent les uns dans les autres sur le terrain de la pratique. Quant à un caractère constant, nosologique, réel, M. Depaul n'a pu et ne pouvait le signaler, par la raison bien simple que ce phénix n'existe pas.

Déjà, à propos de l'opinion émise par cet académicien, F. Gabalda (1) a fait les remarques suivantes, frappées au coin de ce bon sens qui ne l'abandonnait jamais : « Les caractères que M. Depaul attribue à l'infection sont précisément les signes pathognomoniques de la fièvre puerpérale. N'est-ce pas ordinairement aux frissons rémittents et à la teinte ictérique de la peau qu'on reconnaît ordinairement cette fièvre? Que signifie la distinc-

(1) *Art médical*, t. VII, p. 394.

tion tirée de l'époque où la maladie débute? Est-ce que la maladie qui nous occupe ne peut pas survenir à toutes les périodes de l'état puerpéral? Quant aux abcès dits métastatiques et aux suppurations intra-articulaires, si on ne les observe pas dans la forme dite foudroyante de la fièvre puerpérale, c'est parce qu'ils n'ont pas le temps de se former; mais on sait bien que cette forme ne constitue pas à elle seule la maladie, et on sait aussi que ces lésions sont un des caractères les plus tranchés de la diathèse purulente des femmes en couches, aussi bien que celle qui affecte les opérés. La distinction que M. Depaul a voulu établir ne repose donc que sur des subtilités. Elle n'est qu'une conséquence de sa fausse définition. L'auteur, en effet, ayant admis une fièvre primitive et préexistant aux lésions, est forcé de rejeter de son cadre tous les cas dans lesquels une affection locale préexiste ou coïncide seulement avec le début de la maladie. »

Vainement cette tentative d'une distinction aussi arbitraire vient heurter le sentiment traditionnel qui tend à justifier de plus en plus le rapprochement de la fièvre puerpérale et de la diathèse purulente. Tout le monde sait que Dance, en 1828, dans ses travaux sur la phlébite utérine, et plus tard MM. Velpeau, Cruveilhier, Duplay, avaient signalé, en partie, ces connexions. Cependant elles n'étaient guère alors entrevues qu'au point de vue anatomo-pathologique, lorsque J.-P. Tessier, dans son premier mémoire, en 1838, réalisa, par l'ensemble de leurs caractères, la réunion de ces deux maladies. Cette grande et importante solution nosologique, dont les applications pratiques devaient être si considérables, se trouva dès lors méthodiquement formulée. Plus tard elle fut poursuivie par les élèves de son école. En 1846, elle devint l'objet d'un très-excel-

lent travail de la part de M. Edouard Dufresne, dans sa thèse inaugurale (1) que nous avons si souvent mise à profit. La thèse de M. le Dr Ch. Hélot, plus récente (1858), mérite encore ici, aux mêmes points de vue, une mention honorable toute particulière.

Aujourd'hui cette réforme nosologique gagne de plus en plus du terrain. Reconnue, en grande partie, par Valleix, les professeurs Malgaigne, Tardieu, etc., elle préoccupe les esprits même les plus rebelles aux enseignements de J.-P. Tessier. Malgré des réserves plus habiles que sages, M. Paul Dubois n'est pas bien éloigné, à son corps défendant, d'y consentir.

Dans la discussion académique de 1858, M. le professeur Trousseau, ainsi que nous l'avons dit, s'en est fait, à sa manière et pour son compte, le promoteur en établissant d'une manière victorieuse, sur les traces de J.-P. Tessier, que la prétendue fièvre puerpérale attaque également les femmes en dehors de l'état de gestation, les nouveau-nés et les hommes adultes; que ses accidents sont identiques à ceux des opérés; et qu'il n'est pas soutenable de les attribuer aux conjectures d'une résorption ou d'une infection purulente.

En face d'une démonstration scientifique méthodiquement établie depuis longtemps par l'éminent réformateur dont aucun silence perfide ne pourra d'ailleurs supprimer ni l'œuvre ni le nom, qu'importent la dénégation isolée et surtout aussi peu justifiée de M. Depaul, les ignorances calculées de M. P. Dubois, les inventions tardives de M. Trousseau? Autant le premier est mal venu à repousser ce progrès, autant les derniers, après l'avoir plus ou moins reconnu, échoueront à vouloir en dénier le mérite à son auteur : — l'ancien professeur de clinique à l'Hôtel-Dieu en prétendant lui-même

(1) Soutenue à la Faculté de Paris en janvier 1846.

à l'honneur intempestif de cette découverte, — l'ancien doyen de la Faculté en s'évertuant, par une distraction singulière, à en rapporter la priorité au Dr Simpson (d'Édimbourg) (1). Ces préventions et ces tactiques, tous ces dénis de justice enfin s'évanouiront, comme s'évanouissent toutes les bouffées des passions humaines devant les ineffaçables témoignages de la vérité.

Troisième proposition.— *Enfin la fièvre puerpérale représente dans la diathèse purulente, considérée comme prototype générique, non une* forme *proprement dite, mais bien une catégorie spéciale et, en quelque sorte, une* espèce *morbide.*

Ainsi que nous l'avons démontré suffisamment dans notre dernier ouvrage (2), pour la syphilis en particulier, il est un certain nombre d'états morbides qui peuvent et doivent être regardés — toujours bien entendu, par analogie — comme autant de *genres* décomposables en *espèces* diverses. Après la maladie que nous venons de nommer, il en est d'autres, telles que la goutte, la scrofule, les fièvres intermittentes, les fièvres typhoïdes, la folie, l'hystérie, les diathèses cancéreuse, tuberculeuse, purulente, etc., qui n'offrent pas un cadre moins riche

(1) M. P. Dubois s'est exprimé ainsi : « M. Troussean a repris sans le savoir une idée déjà ancienne, exprimée et développée par un homme dont le nom, les travaux et les découvertes feront époque dans la science. *Il y aura bientôt dix ans*, le Dr Simpson (d'Édimbourg) publia un mémoire très-intéressant, dans lequel il s'appliqua à faire un examen comparatif de deux conditions, lesquelles, très-différentes en apparence, lui parurent liées par de frappantes analogies, je veux dire l'état d'une femme accouchée et celui d'un individu qui a subi une des grandes opérations de la chirurgie. » — Il suffit de remarquer ici que le mémoire du Dr Simpson est postérieur de dix ans au travail inséré par J.-P. Tessier dans le journal *l'Expérience*, en 1838, et que la « découverte » soupçonnée plus tard par le chirurgien d'Édimbourg était déjà, dans ce dernier journal, méthodiquement exposée par le jeune médecin de Paris. Réclamons au moins pour l'École française ses titres de gloire légitime. M. Paul Dubois en fait trop bon marché.

(2) *La Syphilis, ses formes, son unité*; 1865. J.-B. Baillière.

et moins varié à l'œil de l'observateur. Chacune d'elles embrasse des catégories qui semblent si distinctes que beaucoup de nosologistes se prennent à considérer ces catégories elles-mêmes comme autant de maladies isolées et indépendantes ; délimitation étroite et erronée qui oblige à perdre de vue la prédominance de leurs caractères essentiels et la subordination de leurs rapports réciproques. D'autres, au contraire, sollicités par un instinct de généralisation opposée, font trop bon marché de la diversité des modes et des formes de l'appareil phénoménal pour se rattacher exclusivement à leur unité de principe. Nous pensons, avec quelque raison, que notre objectif plus vaste et plus certain embrasse et concilie dans une équitable mesure la part de vérité comprise dans chacune de ces apparentes contradictions.

La fièvre puerpérale appartient, nous l'avons vu, à la diathèse purulente par l'ensemble général de ses caractères séméiotiques, anatomo-pathologiques, étiologiques, et de ses indications. Elle lui appartient encore par ses formes mêmes. Que l'on considère les divers modes — spontanés, puerpéraux, traumatiques — du prototype générique, on retrouvera dans chacun d'eux les formes assignées à ce dernier par J.-P. Tessier (1), et étudiées avec soin par Ed. Dufresne (2), savoir : la forme *bénigne*, la forme *commune*, la forme *ataxique* et *foudroyante*, la forme *apyrétique* ou l'*état purulent*. Enfin, il faut considérer ici ce dernier caractère qui n'est point de médiocre valeur, savoir : que, dans quelques circonstances, la maladie peut se transmettre — dans sa forme — de l'état puerpéral à l'état traumatique, de l'état traumatique à l'état spontané. Ainsi, que la forme épidémique sévisse dans un hôpital sur les nouvelles accouchées,

(1) Dans son cours à l'École pratique en 1844.
(2) *Des Formes de la diathèse purulente. Art médical*, août 1863.

et la même forme aura chance d'atteindre, dans les salles voisines, les opérés ou les blessés (1). De même la forme commune, manifestée à l'occasion d'un fait traumatique, se transmettra facilement, dans le même milieu d'infection, à d'autres sujets qui n'y sont point directement exposés par le traumatisme ou la puerpéralité (2). Ces faits de transmission d'une catégorie à l'autre, moins rares qu'on ne pense et fort intéressants pour la pratique, démontreraient seuls suffisamment le lien hiérarchique qui rattache les diverses catégories traumatiques, puerpérales ou spontanées, non-seulement au type générique de la diathèse purulente, mais encore à ses formes particulières.

Nosologiquement parlant, la fièvre puerpérale n'est donc pas une forme légitime de la diathèse purulente et ne saurait s'ajouter rigoureusement — pas plus d'ailleurs que la traumautique et la spontanée — aux quatre formes proprement dites que nous venons de nommer. En considérant la diathèse purulente comme une *espèce* morbide ordinaire — telle que la pneumonie ou la coqueluche par exemple — nous serions réduits, après avoir fait la part de ses formes réelles, à ne voir dans la circonstance d'une plaie, d'une opération, d'un accouchement, qu'un incident étiologique sans grande influence sur l'évolution même des accidents, par conséquent, à refuser à ces circonstances l'importance manifestement plus considérable qu'elles ont dans la pratique. Il est évident qu'il y a ici autre chose de plus qu'une espèce morbide ordinaire, et que le *genre* nosologique sèul peut embrasser la raison de ces catégories originelles diverses.

Sans doute, ainsi que l'a établi parfaitement M. Ed.

(1) Voir les documents déjà cités que rapporte M. le Dr Botrel.

(2) Plusieurs faits de ce genre sont exposés dans le premier mémoire de J.-P. Tessier (1838).

Dufresne, une plaie, un abcès, une opération chirurgicale ou tout autre incident traumatique « ne sont que des causes occasionnelles. Il en est de même de l'accouchement à terme ou prématuré, de l'avortement même : ce sont là autant de circonstances révélatrices, » qui ne modifient pas l'essence même de la maladie. Mais l'influence de ces causes, si puissantes pour mettre en jeu, pour transformer en acte la prédisposition à la maladie, ne suivrait-elle point cette dernière dans son cours ? ne graverait-elle pas son empreinte sur quelques-uns de ses phénomènes effectifs? Ne l'atteindrait - elle pas, quelque part, jusque dans son génie ? Il faut bien qu'il en soit ainsi, puisque bon nombre de médecins, encore aujourd'hui, poursuivent dans la diathèse purulente puerpérale, une fièvre indépendante ou tout au moins une maladie distincte, c'est-à-dire une essence propre. Et, en cela, s'ils dépassent le but, leur poursuite n'est pas sans quelques motifs fondés.

Nous reconnaissons, avec notre affectionné confrère de Genève, que dans l'état puerpéral « les localisations spéciales dans le bassin, dans la matrice, les ligaments larges, les ovaires et le péritoine, l'immixtion des phénomènes propres à la lactation et aux pertes utérines sont autant de circonstances dont le concours communique un *facies* à part à l'ensemble des symptômes. » Les localisations, en effet, sur les organes pelviens et sur la poche peritonéale adjacente — bien que non absolues — dans la diathèse purulente puerpérale, en sont incontestablement l'un des caractères les plus ordinaires, les plus saillants et les plus originaux comparativement à à ce que l'on observe dans la diathèse purulente traumatique et spontanée.

De même, ce n'est pas, à beaucoup près, dans la même proportion, que les formes particulières de la

maladie se répartissent dans chacune de ses catégories; et si l'on est fondé à croire que la diathèse purulente spontanée passe quelquefois inaperçue dans sa forme épidémique, il faut convenir aussi que cette même forme épidémique, dans les fièvres dites puerpérales, se présente le plus habituellement, avec une évidence, une intensité et un ensemble de caractères particuliers qui semblent lui donner un cachet distinct.

L'histoire des épidémies puerpérales est là pour nous démontrer quelle diversité dans les accidents se plaît, en quelque sorte, à manifester, suivant les temps et les lieux, l'influence épidémique, et, en même temps, quelle conformité dans leurs caractères pour les cas particuliers d'une même et commune invasion. Ce génie épidémique est la dominante de la fièvre puerpérale, et l'on est loin de la retrouver au même diapason, dans les diathèses purulentes traumatiques et spontanées.

Il faut donc conserver et reproduire fidèlement ces différences de tonalité plus ou moins accusées dans le prototype, suivant son départ. Elles sont suffisantes à nos yeux pour nous autoriser à considérer les catégories naturelles qui en résultent, non comme de simples variétés, ou comme des formes, mais par analogie comme des espèces morbides mêmes dans lesquelles la maladie générique se décompose avec ses apparences diverses et ses origines distinctes.

Ainsi, la fièvre puerpérale, tout en se trouvant étroitement annexée, par son essence, à la diathèse purulente, n'en conserve pas moins son autonomie particulière, soit par son origine, soit par l'activité propre qu'elle communique aux formes de la maladie.

Telle est la seule conclusion qui nous paraît en harmonie avec l'ensemble des faits, et en mesure, dans

l'état actuel de la science, de servir de transaction nécessaire aux controverses pendantes.

Cette entité de la fièvre puerpérale, si vague et si mal déterminée, sur laquelle les récents débats académiques ont fait planer tant de confusions et d'incertitudes, nous apparaît maintenant, grâce à la doctrine de J.-P. Tessier, dans sa réalité objective, méthodiquement définie. Sa notion positive, à l'abri des conjectures, résulte en droite ligne de l'ensemble des caractères que l'analyse et la synthèse permettent de recueillir dans les vastes champs de l'observation. Il n'en est point qui donne une plus complète satisfaction aux vœux de la pratique.

Cependant, ne dissimulons pas les difficultés du sujet et les obscurités qui accompagneront plus d'une fois, malgré tous les enseignements, le praticien au lit des malades. Au début des accidents, chez les nouvelles accouchées, une phlegmasie essentielle pourra simuler une fièvre puerpérale, — la fluxion ovarique franche ou l'œdème douloureux simple provoquer les craintes de la diathèse purulente, etc.; comme, en d'autres cas de diathèse purulente, l'absence des lésions du côté de l'utérus ou du péritoine entretiendra, relativement à de certaines localisations moins ordinaires, une dangereuse sécurité. Il faut être prévenu de ces méprises possibles que l'on aura, d'ailleurs, d'autant plus de chances d'éviter avec la connaissance plus nette, non-seulement de la multiplicité des lésions et de leur évolution latente, mais encore de la marche insidieuse de la maladie. Mais, entre toutes les perplexités du diagnostic, nous n'en connaissons pas qui soit susceptible de mettre davantage l'esprit du médecin à la torture que celle de la coïncidence de l'état puerpéral avec la circonstance des conditions étiologiques de la morve ou du farcin: coïncidence, rare

sans doute, dont toutefois nous avons observé un exemple curieux à plus d'un titre et qu'il ne sera pas inutile, en terminant ce sujet, de résumer ici pour nous apprendre à compter toujours avec les difficultés de l'art.

OBSERVATION.

Abcès multiples. — Diathèse purulente puerpérale? — Affection farcino-morveuse? — Guérison. (Inoculation négative pratiquée à l'École d'Alfort sur un cheval.)

Catherine G....., 26 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marthe, 11, le 13 avril 1845.

Accoutumée aux travaux pénibles de la campagne et à toutes les privations, habituellement mal nourrie, souvent maltraitée, cette femme est néanmoins d'une constitution robuste, bien réglée, n'ayant jamais été malade. Elle est depuis longtemps employée aux environs de Paris, dans un établissement où se trouve une quantité assez considérable de chevaux pour l'exploitation d'un service public. Là, plusieurs de ces chevaux, qui ne peuvent être affectés au service ordinaire pour cause de maladie, sont utilisés dans un manége à la récolte des grains. Obligée, par les soins dont elle était chargée, de subir fréquemment le contact de ces animaux malades, Catherine n'en avait encore reçu aucune atteinte fâcheuse pour sa santé.

Au commencement du mois d'avril, enceinte pour la première fois et arrivée au dernier terme de sa grossesse, surprise par les douleurs de l'enfantement et par la rupture de la poche des eaux, elle n'eut que le temps de se faire transporter à la Maternité de Paris, où elle accoucha naturellement d'une petite fille qu'elle voulut nourrir. Le troisième jour, elle fut saisie d'un frisson assez prolongé, ce qui ne l'empêcha pas, se trouvant mieux dès le lendemain, d'obtenir sa sortie, et bientôt après elle reprit ses occupations, tout en donnant le sein à son enfant. Mais les frissons s'étaient répétés, elle fut prise de malaise, d'anorexie, d'abattement, de douleurs vives, avec tuméfaction de la main et de l'avant-bras gauche, et une collection purulente se dessina rapidement à la face palmaire du pouce. Le médecin distingué de la maison d'Alfort qui fut appelé pour ces premiers symptômes, crut reconnaître l'invasion d'une affection farcino-morveuse, et, après une première incision de l'abcès du pouce, envoya la malade à l'hôpital Saint-Antoine.

A l'arrivée de la malade, vers le treizième jour de ses couches, les seins étaient à l'état normal, le ventre souple et sans douleur à la pres-

sion; les lochies coulaient naturellement; il y avait un peu de fièvre et de l'abattement; un œdème douloureux notable occupait l'avant-bras gauche et la main jusqu'au pouce, dont l'incision laissait échapper du pus assez bien lié; un engorgement pâteux, diffus, sans changement de couleur à la peau, indolent, siégeant à la partie postérieure de l'avant-bras droit...

Au bout de quelques jours, le 25 avril, frisson prolongé, à la suite duquel le pouls devient très-fréquent, comme bondissant sous les doigts, sans dureté, l'accablement plus considérable, l'insomnie rebelle; le frisson se renouvelle les jours suivants, à plusieurs reprises, suivi de sueurs profuses, avec céphalalgie. Quelques teintes ictériques cernent les orbites et les ailes du nez; sur les pommettes, coloration rouge prononcée; les forces générales notablement affaissées.

Le 29. Les frissons disparaissent sans retour, mais l'état fébrile exacerbant persiste avec intensité; la suppuration du pouce continue; la tuméfaction des bras fait des progrès.

4 mai. Deux incisions au niveau du poignet et sur le premier métacarpien du côté gauche, donnent issue à une assez grande quantité de pus bien lié.

Le 7. Douleurs vives dans les jambes, où il se forme, les jours suivants, un empâtement diffus, suppuré, largement débridé avec le bistouri. Les plaies de l'avant-bras laissent écouler une sorte de sérosité visqueuse et puriforme avec détritus blanchâtres. Le facies s'altère, etc.

Le 12. La faiblesse est très-grande. Nouveau foyer de suppuration ouvert à la jambe du côté droit.

Le 14. Tumeur devenue fluctuante à la partie postérieure du bras droit. Une forte incision donne issue à une très-abondante quantité de pus crémeux, auquel succède immédiatement un sang noirâtre partie liquide, partie coagulé, en quantité notable. Les jours suivants, il s'écoule de cette plaie une bouillie sanguinolente, du bras droit une sanie putrilagineuse, de l'avant-bras et de la main une sérosité puriforme. Les plaies prennent l'aspect blafard et boursouflé, limitées par un bourrelet pultacé, mou, adhérent. — Faiblesse extrême, pouls presque insensible. Cependant, l'état du ventre reste satisfaisant et l'intelligence bien conservée.

Le 20. Tumeur dure à la cuisse qui fait des progrès assez lents.

Le 24. Nouveau foyer purulent, rapidement formé, au-dessous du genou droit et ouvert par l'instrument tranchant.

Le 25. Large et profonde incision au milieu de la collection purulente de la cuisse, pus de bonne nature, épais et très-abondant, rem-

placé, les jours suivants, par un liquide sanguinolent et putrilagineux.

Le 29. Amélioration; le pouls tombe de 112 à 96. A partir de ce moment il ne s'est plus formé de pus; mais l'état général a été fort longtemps à se remettre. Rien ne parvenait à relever les forces : le collapsus était extrême.

Après trois mois et demi à l'hôpital, la malade, auparavant si robuste, se ressentait encore de cette faiblesse radicale...

Le traitement fut un peu en dérive. Il consista, au début, dans l'usage des purgatifs salins, puis du sulfate de quinine; accidentellement fut prescrite une solution de 6 décigrammes de tartre stibié, qui augmenta considérablement la faiblesse; enfin j'insistai particulièrement sur le quinquina, le suc de citron, l'eau de Seltz, le vin de Bagnols, les bains sulfureux peu prolongés, les bouillons et les potages autant que le permettait l'anorexie. La malade entra plus tard comme infirmière dans les salles où j'ai pu constater pendant assez longtemps qu'elle s'est maintenue dans un état parfait de guérison.

Il faut ajouter, pour terminer, que plusieurs des chevaux composant le manége où servait Catherine, examinés par les savants vétérinaires d'Alfort, furent reconnus morveux et abattus par leur ordre quelque temps après l'entrée de la malade à l'hôpital. D'un autre côté, à une époque déjà assez éloignée du début, M. Guérard, chargé de faire une enquête sur la nature des accidents présentés par cette dernière, au nom de la Commission de salubrité, hésita d'abord à se prononcer, et plus tard, si mes souvenirs sont exacts, ne reconnut pas dans l'espèce les caractères d'une affection farcino-morveuse. Enfin, du pus recueilli par moi-même dans les collections purulentes de la cuisse et de l'avant-bras de la malade fut inoculé sur un cheval au moyen de 12 piqûres dans les narines, à la face interne des cuisses, autour de l'anus, et cette inoculation, pratiquée avec le plus grand soin par deux professeurs distingués de l'École d'Alfort, MM. Bouley et Delafond, qui voulurent bien se charger d'en observer les suites, ne donna qu'un résultat entièrement négatif.

Encore et surtout aujourd'hui, j'ai conservé quelques doutes sur la nature réelle des accidents dont je viens de raconter l'histoire. Il y a certainement dans les phénomènes offerts par les abcès précédents plus d'un caractère qui accuse le farcin; mais l'inoculation négative sur un cheval, le défaut des symptômes ultimes de l'affection farcino-morveuse, la guérison si exceptionnelle

dans le farcin aigu, ont bien aussi une valeur opposée. Peut-être la réunion des deux circonstances étiologiques — l'état puerpéral et le contact des chevaux morveux — a-t-elle imprimé une certaine hybridité à l'ensemble des symptômes et de leurs évolutions. Je laisse à d'autres plus habiles le soin de résoudre le problème. Pour moi, je veux exposer seulement ici quelques-unes des difficultés du sujet. La nature nous les montre parfois assez grandes pour nous engager davantage à ne pas les aggraver encore nous-mêmes par l'intervention malencontreuse de nos systèmes.

N'oublions donc pas cet adage traditionnel de l'antique sagesse, encore et toujours vrai pour la médecine, après 24 siècles d'expériences et de labeurs : *Ars longa, vita brevis, occasio præceps, experientia fallax, judicium difficile.*

JULES DAVASSE.

— La suite au prochain numéro. —

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

MÉMOIRE SUR L'ARSENIC FÉBRIGÈNE ET SON EMPLOI DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE

— SUITE ET FIN (1) —

II

Non-seulement l'arsenic est fébrigène au point de vue de la fièvre intermittente, mais il peut produire encore des états fébriles continus, et ces nouveaux processus morbides ont la plus grande ressemblance avec la fièvre typhoïde. Sous ce double rapport pathogénétique, l'arsenic serait donc et *typigène* et *typhogène*.

On s'est aperçu depuis longtemps de la similitude

(1) Voy. *Art médical*, août 1865.

qui existe entre nombre de cas d'empoisonnements arsenicaux, et certaines fièvres graves diversement dénommées autrefois et réunies aujourd'hui sous le nom commun de fièvres typhoïdes. Toute la vieille pathologie humorale a souvent fait cette comparaison à propos des fièvres malignes; et de nos jours, nous avons vu reparaître sur le terrain de la fièvre typhoïde la théorie des empoisonnements. Sans sortir de notre siècle (1), il est facile de démontrer ces rapports similaires.

Hardegg, dans une thèse soutenue à Tubingen sous la présidence d'Autenrieth, établit toutes les connexions de l'empoisonnement arsenical avec la fièvre lente nerveuse et le typhus contagieux, d'après la marche et les symptômes. Ces processus morbides divers trouvent aussi leur solution dans des crises analogues, comme les exanthèmes rouges, la desquamation de l'épiderme et la chute des cheveux (2).

Dans une bonne petite monographie publiée la même année que la thèse de Hardegg, Schaffner prétend que, dans beaucoup de cas, il est difficile de décider s'il y a eu empoisonnement par l'arsenic, attendu qu'on peut le confondre avec diverses maladies, parmi lesquelles il fait figurer en première ligne le choléra et les fièvres de mauvais caractère. Il base même le traitement sur les symptômes présentés par l'empoisonnement, suivant qu'ils se rattachent à la fièvre synoque, ou qu'ils revêtent le caractère typhoïde (3).

L'école hahnemannienne, accoutumée à conclure avec

(1) Il y a plusieurs siècles que Lusitanus avait observé que, sous l'influence d'onctions arsenicales, plusieurs individus étaient tombés dans des fièvres graves : *in febres inciderunt lethales* (cent. 2, cur. 34).

(2) Hardegg, *Diss. inaug. sistens observationes quasdam de vario arsenici in animalia effectu*. Tubingæ, 1817.

(3) Schaffner, *Versuch einer diagnost. und therap. Darstellung der Arsenikvergiftung*. Berlin, 1817.

raison des faits pathogénétiques des médicaments à leur application thérapeutique, n'a pas manqué d'étudier l'arsenic dans ses rapports similaires avec la fièvre typhoïde. En 1845, le docteur Hausmann a fait paraître dans *Œsterreichische Zeitschrift für Homœopathie* un mémoire sur la similitude qui existe entre l'iléotyphus arsenical et le typhus abdominal; à l'aide de nombreux faits, il démontre cette ressemblance, tant sur le terrain des lésions que sur celui des symptômes. Il établit même que dans l'iléotyphus arsenical, il se produit dans les points d'élection des lésions intestinales familières au typhus abdominal, des taches semblables aux plaques typhoïdes, qui sont tantôt injectées, tantôt épaissies, d'autres fois gangrenées et ulcérées. L'auteur cite à ce sujet des observations empruntées à Murray, à Horn et à Pyl (1). Dans le fait publié par ce dernier, il existait sur l'intestin grêle, à près de soixante centimètres de la valvule iléo-cæcale, une plaque ovale gangrenée et ulcérée, et sur le reste de l'intestin d'autres taches frappées de sphacèle.

A ces faits invoqués par le médecin allemand, on peut en ajouter beaucoup d'autres. Dans un très-grand nombre d'autopsies d'empoisonnement par l'arsenic, les observateurs mentionnent d'une manière générale des traces visibles d'inflammation sur le duodénum et le parcours de l'intestin grêle. On trouve dans quelques cas des rapports plus immédiats avec les lésions habituelles de la fièvre typhoïde. — Points gangréneux sur le duodénum (KAISER, *Henke's Zeitschrift*, 1827). — Dans l'observation déjà citée de M. Devergie, il existait un développement considérable des plaques de Peyer à la fin de l'intestin grêle avec tendance à l'ulcération. —

(1) Murray, *Edinb. med. journal*, t. VII. — Horn's *Archiv*, 1823. — Pyl, *Sammlung*, t. III.

Sur un individu mort en 24 heures, l'intestin grêle était fortement injecté à plusieurs endroits sur la longueur de trois ou quatre pouces; les glandes de Brunner étaient très-nombreuses au duodénum et vers la valvule iléo-cæcale (*Journal universel et hebd.*, 1832). Ulcérations de la muqueuse à la partie supérieure de l'iléum (Kortum, *Henke's Zeitschrift*, 1833). — Sur un enfant de 12 ans, mort en 54 heures, ulcérations de la muqueuse sur l'intestin grêle; un grand nombre de ganglions mésentériques étaient tuméfiés et gros comme une fève (id.). — Sur une petite fille de cinq ans, morte en 85 heures, il existe, à 6 centimètres environ au-dessus de la valvule iléo-cæcale, une ulcération comprenant la moitié de la coupe horizontale de l'intestin; on voit dans le cæcum, du côté du mésocôlon, plusieurs ulcérations saillantes, circulaires, de la grandeur d'une lentille, limitées par un bord étroit, très-injectées, *semblables* à celles que l'on trouve dans la fièvre typhoïde; processus morbide qui *ressemble si bien* à l'empoisonnement (Haffter, *Schweiz Zeitschrift*, 1839).

Deux caniches sont empoisonnés avec de l'arsenic; ils crèvent au bout de 36 et de 48 heures. On constate sur l'intestin grêle et le gros intestin des ulcérations et des plaques gangréneuses, surtout dans le voisinage de l'appendice vermiculaire. (Schneider, *Wiener Wochenschrift*, 1853.)

A l'histoire des lésions il faut surtout joindre celle des symptômes. On peut lire, dans la *Toxicologie* d'Orfila, une belle et longue observation d'empoisonnement arsenical, publiée par le docteur Coqueret : c'est un type d'intoxication à forme typhoïde; elle est à elle seule toute une démonstration. D'autres faits aussi probants ont été observés, et je renvoie pour mémoire aux observations suivantes : Horst, *Med. Zeitung vom Verein im*

Preussen, 1840; — SPENGLER, *Henke's Zeitschrift*, 1848; — KERSTEN, *Deutsche Klinik*, 1851.

Plus d'une fois les médecins, appelés à donner les premiers secours dans l'empoisonnement arsenical, ont cru, dans l'ignorance de l'ingestion du poison, avoir affaire à des fièvres continues. Dans une observation de Stachow, la maladie est prise pour une fièvre bilieuse grave; dans d'autres cas, c'est une gastrite violente, une fièvre gastrique ou muqueuse, ou bien une fièvre gastro-rhumatismale (1).

Il est donc démontré par de nombreux faits que l'arsenic peut engendrer des états morbides qui sont similaires de la fièvre typhoïde, et qu'il mérite à ce point de vue le nom de *typhogène*.

Du reste, il est peu de médicaments où la loi de similitude brille avec plus d'éclat et d'évidence. Je suis heureux de citer, à ce sujet, un des rares médecins de notre époque qui ont le mieux étudié l'arsenic : je veux parler de M. Boudin, et son témoignage ne peut pas être suspect : « La spécificité médicale de l'arsenic, dit-il, est-elle réellement subordonnée, comme le pense Hahnemann, à la loi de l'homœopathie? En d'autres termes, ce médicament administré à l'homme sain est-il susceptible de produire tous les phénomènes pathologiques dont il opère sur l'homme malade la curation? C'est là une question très-importante, sans doute, mais que la somme des faits observés par moi ne me permet point, quant à maintenant, de résoudre; toujours est-il qu'en méditant sur les phénomènes observés chez un grand nombre d'individus empoisonnés par l'arsenic, et dont les auteurs nous ont transmis l'histoire, *il est difficile de*

(1) Stachow, Henke's *Zeitschrift*, 1833. — Klosé, *id.*, 1842. — Scheulen, Casper's *Wochenschrift* : 1844. — Schaper, *Beitræge zur Lehre von der Arsenikvergiftung*, Berlin, 1846.

ne pas reconnaître une certaine analogie entre ces phénomènes pathogénétiques, et ceux que le médicament est souvent appelé avec succès à combattre chez l'homme malade. Sous ce point de vue, l'arsenic semblerait se rapprocher de l'action du mercure, de celle des substances balsamiques et de plusieurs autres modificateurs doués également de la remarquable propriété de produire, à de certaines doses, chez l'homme sain, des accidents semblables à ceux dont ils deviennent, dans l'état pathologique, les agents médicateurs (Boudin, *Traité des fièvres intermittentes ;* Paris, 1842) (1).

III

Il faut maintenant conclure de la physiologie du médicament à son application thérapeutique. Si l'arsenic est *typhogène*, il doit, de par la loi de similitude, être employé efficacement dans la fièvre typhoïde : voyons les faits.

Autrefois, l'arsenic a été considéré et employé comme préservatif de la peste. Or, l'histoire à la main, il est facile de prouver que sous le nom de peste on a souvent entendu des fièvres graves épidémiques, auxquelles nous donnerions aujourd'hui le nom de fièvre typhoïde ou de typhus : témoin, la peste ou fièvre de Hongrie des anciens auteurs. Cette application de l'arsenic dérivait évidemment des idées homœopathiques de l'époque, émises et propagées par l'école de Paracelse, véritable aïeule de l'école hahnemannienne (2). — L'anatomiste

(1) Est-il besoin d'ajouter que les nombreux faits empruntés à l'école allopathique, établissant la propriété fébrigène de l'arsenic, ne font que confirmer les nombreux symptômes fébriles énumérés dans la pathogénésie arsenicale de Hahnemann ? C'est ainsi que l'observation, de quelque part qu'elle vienne, vient forcément rendre hommage à ces travaux homœopathiques que M. Trousseau, dans son ignorance des faits, a bien osé appeler des *rêveries hypochondriaques.*

(2) Les mécréants n'ont pas fait attention que de toutes les méthodes

Jacques de Carpi qui le premier, dit-on, employa les frictions mercurielles dans la syphilis, aurait été l'inventeur de l'amulette arsenicale. D'après Kircher, dans son traité de la peste, ce serait un moyen puissant pour attirer au dehors le virus pestilentiel, *son semblable* dans les poisons animaux. Willis ne craint pas de faire l'éloge de cette prophylaxie, tant au point de vue théorique que pratique. On disait que le pape Adrien VI avait été ainsi préservé de la peste. Puis étaient arrivés les opposants : Massaria avait vu un jurisconsulte chez lequel une amulette arsenicale avait déterminé, soi-disant, une fièvre violente et mortelle. Zacutus Lusitanus soutenait avoir observé, en temps de fièvre pestilentielle, que ceux qui avaient fait usage de ce moyen avaient été pris aussitôt de la peste. Diemerbroeck avait remarqué, sous l'influence du poison absorbé par la peau, des pustules noires très-douloureuses; et, dans un autre cas, de l'anxiété et de la débilité générale. Borelli, de son côté, avait vu se développer ainsi une sciatique violente, tous phénomènes pathogénétiques familiers à l'arsenic.

De l'amulette passons à l'usage interne de l'arsenic dans les fièvres continues. Son emploi traditionnel dans les fièvres intermittentes devait nécessairement amener à l'essayer dans les fièvres continues. Jacobi, médecin allemand du milieu du siècle dernier, dont M. Boudin a copié la méthode, me paraît être le premier qui ait employé l'arsenic en pareil cas. Il fut amené à employer ce médicament dans les fièvres intermittentes par les succès mêmes obtenus dans quelques cas de fièvres continues; les deux observations qu'il cite rentreraient aujourd'hui dans le cadre des fièvres typhoïdes. Jacobi

thérapeutiques, la méthode hahnemannienne était au fond une des plus anciennes et des plus traditionnelles, et qu'au fond nous avons toujours été homœopathes *sans le savoir*.

prétendait que, dans les fièvres aiguës compliquées d'accès, ou de menace d'apoplexie, « in acutis accessiones « habentibus, aut apoplexiam minitantibus », l'administration fréquente et continue du médicament était presque nécessaire (1).

Au commencement de ce siècle, le médecin anglais Hill recommandait dans le journal d'Édimbourg (1810) l'arsenic dans un grand nombre de cas, et entre autres dans le typhus, au commencement de la maladie, lorsqu'il existait des rémissions évidentes, et à la fin, lorsqu'elle traînait en longueur.

En même temps Fodéré en conseillait l'usage dans les fièvres subintrantes et rémittentes, et dans quelques-unes accompagnées de malignité. Brera avait employé l'arsenic dans cinq fièvres continues rémittentes.

Si l'arsenic, dit M. Boudin, constitue un des remèdes les plus héroïques dans le traitement des affections intermittentes, s'ensuit-il qu'une maladie doive de toute nécessité se présenter sous ce type pour être combattue avantageusement par lui? En aucune façon; et j'ai eu pour ma part de nombreuses occasions de l'employer avec succès contre des accidents continus, surtout lorsque ceux-ci paraissaient traduire une intoxication des marais... Je dois enfin appeler l'attention sur les bons effets que j'ai retirés de l'emploi des préparations arsenicales, dans le traitement des paroxysmes qui compliquent si souvent la fièvre typhoïde; elles présentent même, dans cette circonstance, ce grand avantage, qu'elles n'ont pas, comme la quinine, l'inconvénient d'irriter la surface gastro-intestinale phlogosée. Loin de là, j'ai vu l'administration d'un centième de grain d'acide arsénieux, non-seulement faire disparaître la

(1) *Dissertatio de prudenti arsenici sale alcalino domiti usu interno salutari. Acta academiæ moguntinæ* t I

complication paroxystique de la fièvre typhoïde, mais produire en même temps une dépression générale, une véritable contro-stimulation qui se révélait souvent par une réfrigération du corps, l'humectation de la langue, et enfin par une diminution notable du nombre des battements artériels (Boudin, *loc. cit.*)

Un médecin russe, grand prôneur de l'arsenic en diverses maladies, le recommande aussi dans le typhus (Guttceit, *Medic. Zeitung Russlands*, 1846).

De l'école allopathique passons à l'école hahnemannienne; ici nous trouvons des matériaux considérables. La loi de similitude étudiée sur le terrain de l'arsenic devait amener nécessairement les homœopathes à employer ce médicament dans la fièvre typhoïde; au milieu des citations à faire, je n'ai que l'embarras du choix.

Voici ce que dit Hartmann au chapitre de la fièvre nerveuse ou typhoïde : — « J'arrive au héros des médicaments dans les fièvres de ce genre, à celui qui mérite très-fréquemment attention dans toutes les formes de la fièvre nerveuse, mais qui, dans aucune, n'a autant droit à la dénomination de spécifique que dans celle où le type abdominal est bien exprimé et dans le typhus putride. C'est l'arsenic, également approprié aux fièvres nerveuses qui ont un type intermittent. L'homœopathe doit y songer dès le principe, lorsque des symptômes insignifiants, comme un seul vomissement, une selle diarrhéique, une légère douleur, etc., entraînent une faiblesse extrême qui oblige de se coucher et provoque un sommeil souvent interrompu par la chaleur brûlante et par l'agitation. Bientôt on voit survenir les douleurs brûlantes, caractéristiques qui se fixent sur un point du ventre avec froid aux membres, peau chaude, sèche et râpeuse, grand désir des boissons, pétéchies

et miliaire. Le malade se plaint de vertiges et de bourdonnements d'oreille, avec difficulté d'entendre ; le visage est décomposé d'une manière particulière, pâle, terreux ; la langue, d'un brun noirâtre, est gercée et tremblante ; il y a des aphthes dans la bouche avec fréquentes envies de vomir, et chaque fois tendance à la syncope ; le ventre est météorisé ; les selles sont aqueuses, jaunâtres, fétides ; elles brûlent et excorient l'anus ; elles sortent involontairement. » (HARTMANN, *Thérapeutique homœopathique des maladies aiguës et des maladies chroniques*. Paris, 1847, t. I, p. 244.)

Griesselich considère l'arsenic comme spécifique dans le typhus abdominal. Strecker en fait le remède principal de la maladie, et Trinks lui attribue en ce cas une sphère d'action des plus étendues (1).

C'est encore un problème, dit Fleischmann, que de trouver pour le typhus abdominal un remède qui atteigne le foyer de la maladie, et qui de là puisse agir sur l'ensemble des symptômes. Je ne l'ai pas encore résolu, pas plus que d'autres ; mais je dois indiquer ici un médicament qui, parmi tous, me paraît le mieux répondre à ce problème. Je m'en sers depuis longtemps, et je lui dois des succès bien supérieurs à ceux que j'obtenais auparavant par d'autres procédés ; ce remède, c'est l'arsenic (*Hygea*, t. VIII).

Les homœopathes étrangers sont unanimes à reconnaître l'excellence de l'arsenic dans le traitement de la fièvre typhoïde grave, de cette forme qu'on appelait autrefois la fièvre putride et maligne. Les symptômes qui pour eux indiquent l'arsenic sont tous des symptômes graves, tels que la prostration des forces, langue sèche, noirâtre, tremblante, lèvres avec enduit fuligineux,

(1) Griesselich, *Hygea*, t. III. — Strecker, *Allgem. hom. Zeitung*, t. XII. — Trink's, *Homœop. Vierteljahrschrift*, t. IV.

grande soif, météorisme abdominal, selles aqueuses, fréquentes, involontaires et fétides, etc... Aux noms précédemment cités, il faut ajouter, parmi les Allemands, Kreussler, Strecker, Vehsemeyer, Rothansl, Wurmb et Caspar, Trinks, Löw, Bojanus et le médecin anglais Kidd (1).

En 1845, Wurmb avait protesté, dans sa monographie sur l'arsenic, contre les dires de Fleischmann, prétendant que, bien que l'arsenic lui eût paru réussir en pareil cas, il attribuait plutôt la guérison à la nature elle-même; que, du reste, ce médicament ne lui paraissait pas parfaitement homœopathique dans l'espèce; que le processus typhoïde n'avait aucune ressemblance avec la maladie arsenicale; qu'il avait lu beaucoup d'observations d'empoisonnement par l'arsenic, et qu'il n'en avait pas trouvé une seule qui ressemblât à la fièvre typhoïde.

Cette opposition de Wurmb provoqua le mémoire du Dr Hausmann que j'ai analysé plus haut, et complété. Les faits cités prouvent combien Wurmb faisait fausse route sur ce point. Le médecin de Vienne n'a pas tardé, du reste, à changer d'opinion; en 1855, il recommandait expressément l'arsenic dans la fièvre typhoïde, surtout dans le cas de *dépôts pyémiques* et de *décomposition putride*.

Dès 1844, Fleischmann disait se servir avec grand succès de l'arsenic dans le traitement de la fièvre typhoïde, n'employant le plus souvent que ce seul remède.

(1) Strecker, *Beschreibung und Behandlung einer Nerven- und Faulfieber-Epidemie* (*Allgem. hom. Zeitung*, 1834). — *Das Nerven- und Faulfieber* (*Jahrb. für Homœopathie*, von Vehsemeyer, 1837). — Vehsemeyer, *Beitrag zur Behandlung des Typhus abdominalis*, *id.*, 1837. — Rothansl, *Hygea*, t. XVIII. — Kreussler, *Therapie acuten und chron. Krankheitsform*; Leipzig, 1846. — Kidd, *Brit. journal of homœopathy*, 1848. — Wurmb und Caspar, *Homœopathisch-klinische Studien*, Wien, 1852. — Trink's *Homœop. Vierteljahrschrift*, 1853. — Bojanus, *id.*, 1856.

En 1841, sur 167 fièvres typhoïdes traitées à l'hôpital de Gumpendorf, de Vienne, il avait obtenu 156 guérisons, les quatre cinquièmes environ. Dans la même année 1844, il publiait, dans *Oesterr. Zeitschrift für Homœopathie*, une statistique générale de toutes les maladies traitées dans son hôpital depuis janvier 1835 jusqu'à la fin de décembre 1843. Sur 816 fièvres typhoïdes (*febris nervosa*, *s. typhus abdominalis*), figurent 669 guérisons (1).

(1) Voici un tableau statistique de fièvres typhoïdes traitées homœopathiquement. Je l'extrais de diverses statistiques publiées de 1844 à 1848 dans l'*Oesterr. homœop. Zeitung*, tout le temps qu'a duré cette publication.

	Année.	Reliquat de l'année précédente	Malades reçus.	Guéris.	Sortis non guéris.	Morts.	Restés en traitement.
Hôpital de Gumpendorf,							
Dr Fleischmann.	1844	8	116	91	»	22	11
—	1845	11	122	105	»	20	8
—	1846	8	159	139	»	21	7
—	1847	7	157	128	»	23	13
—	1848	13	139	124	»	23	5
Hôpital de Linz, Dr Reiss.	1843	»	58	50	»	6	2
—	1844	2	66	54	2	8	4
—	1845	4	57	48	1	7	5
—	1846	5	48	43	»	6	4
—	1847	4	41	36	»	5	4
—	1848	4	41	37	»	3	5
Hôpital de Kremsier,							
Dr Schweitzer.	1845	»	10	9	»	1	»
—	1846	»	24	17	»	5	4
—	1847	4	75	64	»	11	5
—	1848	5	135	115	»	24	1
Hôpital de Mechanitz,							
Dr Feltl.	1846-47-48	»	82	79	»	2	1

Il est probable que l'arsenic a dû être employé en première ligne et comme remède de fond dans la plupart des cas mentionnés dans cette statistique, attendu que les deux médecins des hôpitaux de Linz et de Kremsier, élèves de Fleischmann, ont dû naturellement suivre la méthode de leur maître.

Ces chiffres ont d'autant plus de valeur que, dans le tableau statistique général des diverses maladies traitées dans les hôpitaux de Gumpendorf, Linz, Kremsier et Mechanitz, les fièvres gastriques et catarrhales

Le Dr Aug. Rapou, de Lyon, a été témoin de guérisons opérées par Fleischmann : « Pendant mon séjour à l'hôpital, dit-il, on reçut environ une trentaine de fièvres typhoïdes, dont quatre seulement eurent une fâcheuse terminaison. Leur durée moyenne y fut de deux semaines, pendant lesquelles la maladie parcourut toutes ses périodes rapidement, mais sans en éviter une seule, et conduisant quelquefois le patient jusqu'au dernier degré d'exaltation cérébrale, ou de marasme et de faiblesse. Ce qui forme le plus beau résultat du traitement, ce n'est point l'arrêt, la destruction du mal, mais la rapidité de sa marche, la proportion favorable des guérisons, la promptitude du rétablissement. Ce sont ces courtes convalescences que j'admirais le plus. Il est frappant de comparer les cures homœopathiques à celles

sont soigneusement distinguées de la fièvre typhoïde, et qu'elles ont leurs chiffres à part. C'est sous le nom de *fièvre nerveuse*, de typhus abdominal ou de typhus, que figure notre fièvre typhoïde. En outre, les observations qu'a données Fleischmann démontrent que, sous le nom de typhus abdominal, il n'a eu affaire qu'à la fièvre typhoïde grave. Du reste, les indications qu'il formule pour l'administration de l'arsenic sont tirées de symptômes qui tous se rapportent à la forme grave de la maladie.

Il résulte de cette statistique que, par la méthode homœopathique, le chiffre des guérisons de la fièvre typhoïde, forme grave, s'élève aux sept huitièmes environ. J'ai sous les yeux une foule d'autres documents statistiques allemands qui tous concordent avec les précédents. Pour mon compte, j'accorde à tous ces chiffres beaucoup plus de confiance qu'à nos statistiques françaises, et je prie mes lecteurs de me dispenser d'en donner la raison.

Je ne sache pas que l'école allopathique ait d'aussi beaux résultats à mettre en ligne. Que, si les opposants objectaient que les guérisons homœopathiques ne sont dues qu'à l'expectation, attendu que ces mêmes opposants pratiquent en général l'expectation dans la fièvre typhoïde, il s'ensuivrait toujours que l'expectation des premiers est bien préférable à celle des seconds, et c'est ainsi qu'on arrive à l'absurde.

Quand donc la majorité des praticiens comprendra-t-elle que jusqu'à présent elle a été trompée sur la question de l'homœopathie ? Puisse-t-elle ouvrir les yeux et refuser tout crédit sur ce point à tous les princes de la science et à tous ces corps savants qui se sont passé la fantaisie de condamner la doctrine de Hahnemann, *sans l'avoir jamais étudiée !*

qui sont effectuées par l'ancienne école, si lentes, si précaires, si pleines de complications...

« Lorsque le typhoïque présente météorisme du ventre, douleur dans la fosse iliaque droite, sensation brûlante générale, sécheresse extrême de la peau, langue noire et sèche, enduit fuligineux des dents, ce qui est la forme la plus ordinaire, Fleischmann administre l'arsenic. Sous l'influence de ce médicament, j'ai vu cet état morbide se modifier avec une remarquable promptitude. On voit cesser l'ardeur et la sécheresse de la peau qui prend de la moiteur; la langue se dépouille, le ventre devient indolent, et le malade ne tarde pas à entrer en convalescence. S'il y a prédominance des accidents cérébraux, visage et regard animés, agitation des membres, grande loquacité, etc., on donne stramonium... » (*Histoire de la doctrine médicale homœopathique*, t. II, p. 305.)

L'emploi de l'arsenic dans les fièvres typhoïdes ne me paraît guère avoir franchi le Rhin et s'être propagé en France. Les homœopathes français n'ont rien publié sur ce point, à ma connaissance (1).

Quoique mes essais sur l'arsenic dans la fièvre typhoïde n'aient pas eu lieu encore sur une grande échelle, je n'en ai pas moins acquis la conviction, d'après quelques faits bien probants, que ce médicament avait une grande valeur dans le traitement de cette maladie. Ce qu'a vu M. Boudin, ce qu'ont vu les homœopathes allemands, je l'ai constaté également. Aussi, suis-je

(1) Toutefois je dois mentionner la note suivante du Dr Cretin, que je trouve dans les œuvres de Petroz publiées récemment : « Mon excellent maître, M. Cabarrus, emploie avec succès le mercure dans la variole et l'arsenic dans la fièvre typhoïde. Dans plusieurs cas de fièvre typhoïde, j'ai été chargé par lui de surveiller l'exécution de ses prescriptions pendant toute la durée de la maladie, et j'ai été à même d'en apprécier *toute la valeur.* » (*Études de thérapeutique et de matière médicale* d'Antoine Pétroz, publiées par le Dr Cretin; Paris, 1864, p. 277.)

porté à considérer l'arsenic, d'une manière générale, comme le remède de fond de la fièvre typhoïde grave.

J'ai donné récemment des soins à une jeune personne aux prises depuis quinze jours avec cette maladie. Outre les phénomènes fébriles, il y avait depuis le commencement des selles aqueuses, fétides et profuses, se répétant jusqu'à douze ou quinze fois par nuit. J'administrai l'arsenic à doses infinitésimales (sixième dilution); la diarrhée fut instantanément coupée et, à partir de ce moment, abaissement graduel de la fièvre et guérison consécutive.

Brennfleck (1), homœopathe allemand, dit avoir souvent vu dans le typhus les selles liquides s'arrêter dès la première dose d'arsenic (deuxième dilution). Bojanus le recommande surtout contre les selles involontaires et sanguinolentes.

L'arsenic me paraît, en outre, devoir être employé avec grand succès contre les ulcérations du sacrum, si fréquentes dans le cours de la maladie. L'an passé, je fus consulté pour un cas de cette espèce : sur le sujet en question il y avait, à la suite d'une fièvre typhoïde, deux trous au sacrum, avec décollement considérable de la peau. Les médecins traitants avaient déclaré qu'il fallait plusieurs mois pour obtenir la guérison. Je donnai l'arsenic à l'intérieur à la quatrième trituration, et un glycérolé arsenical (deux gouttes de teinture de Fowler par cent grammes) pour badigeonner la plaie; la guérison eut lieu en quinze jours. Ce fait n'a rien d'étonnant pour qui connaît l'histoire de l'arsenic, vu que traditionnellement c'est un des meilleurs moyens que nous possédions pour guérir les ulcères (2).

(1) *Hygea*, t. XVII.

(2) Dans mes expériments j'ai administré l'arsenic *omni dosi*, depuis les doses massives réfractées jusqu'aux doses infinitésimales. Je donne en général la préférence à ces dernières. Dans mes *Études sur quelques*

CONCLUSIONS.

1° L'étude des propriétés physiologiques ou pathogénétiques de l'arsenic démontre qu'il est *typigène;* donc, de par la loi de similitude, il doit être *typifuge*, ce qui est démontré expérimentalement depuis longtemps par l'histoire des fièvres et des névralgies intermittentes, et d'une foule d'accidents périodiques contre lesquels il est journellement employé. Hahnemann avait donc raison de dire, il y a soixante-neuf ans : « Dans les affections typiques de toute sorte (la céphalalgie périodique, etc...), cette faculté de l'arsenic de produire le type, devient très-précieuse, et le sera, j'en suis presque certain, bien plus encore à nos successeurs, qui seront peut-être plus hardis, plus attentifs, plus circonspects. »

2 L'arsenic est pathogénétiquement *typhogène;* donc il peut être employé utilement contre la fièvre typhoïde, comme les faits nombreux que j'ai cités semblent le démontrer.

Citons à ce sujet, en terminant, l'opinion de deux allopathes d'outre-Rhin. Schwartze (1), compilateur allemand, en rapportant les tentatives du médecin Hill qui recommande l'arsenic dans la fièvre typhoïde, prononce gravement qu'une pareille vérification devrait être punie comme un crime, tandis que Vogt (2), auteur d'un bon traité de matière médicale, jugeant par comparaison de l'action du quinquina dans les fièvres continues

symptômes de l'arsenic (*Gazette médicale*, 1862), j'ai suffisamment établi la vérité d'action des doses infinitésimales. Que, si quelqu'un de mes lecteurs était tenté, à ce sujet, de me prendre pour un rêveur et un illuminé, ainsi qu'une majorité incrédule l'affirme tous les jours des homœopathes en général, je le prierai tout bonnement de me lire et de répéter toutes mes expériences. Je défie sur ce terrain tous les mécréants.

(1) *Pharmakologische Tabellen*, oder *systematische Arzneimittellehre;* Leipzig, 1833.

(2) *Lehrbuch der Pharmakodynamik;* Wien, 1831.

asthéniques, en appelle à l'avenir avec une espèce de pressentiment pour décider si l'arsenic ne sera pas un jour le remède principal du typhus.

Il faut dédaigner l'arrêt ridicule de Schwartze et répondre à l'appel de Vogt : c'est pourquoi j'ai tenu à fixer l'attention des observateurs sur ce point de thérapeutique important.

IMBERT-GOURBEYRE,
Médecin aux eaux de Royat.

MÉDECINE PRATIQUE

DEUX CAS DE CHOLÉRA-MORBUS OBSERVÉS A LYON PENDANT LE MOIS DE JUILLET 1865

La constitution médicale du mois de juillet a été marquée à Lyon par la prédominance des maladies intestinales : diarrhées muqueuses, dysentéries à forme commune, cholérines graves, ayant frappé indistinctement toutes les classes de la société, ainsi que tous les âges et revêtant même dans certains quartiers populeux un caractère tout à fait épidémique. Entre autres maladies de ce genre que nous avons été appelé à soigner se sont glissés deux cas de choléra-morbus dont l'observation a été assez intéressante à divers titres pour que nous croyions devoir en faire part aux lecteurs de *l'Art médical*.

Ire OBSERVATION.

Choléra morbus à forme grave; période d'algidité très-prononcée. Guérison rapide par veratrum.

Mlle L....., âgée de 27 ans, dévideuse, d'un tempérament sanguin-bilieux, d'une constitution moyenne, boit une grande quantité d'eau de source fraîche, le corps étant en sueur et la peau très-chaude. Elle rentre chez elle, après une longue course à pied, fatiguée, courbatue

et se trouve prise, en se mettant au lit, d'un malaise indéfinissable : insomnie, agitation, pesanteur épigastrique, impatience dans les jambes.

17 juillet. Vers six heures du matin, essayant de se lever : vertiges, nausées, violentes douleurs d'entrailles, selles diarrhéiques abondantes, d'abord bilieuses, puis aqueuses ; dans l'espace de deux heures, elles dépassèrent le nombre de vingt ; les dernières étaient blanchâtres, peu copieuses, accompagnées chaque fois de déchirements des plus intolérables dans l'abdomen.

9 heures du matin. Vomissements aqueux et muqueux de plus en plus fréquents, au point qu'à dix heures, la moindre goutte de liquide est aussitôt rejetée avec des efforts violents et des contractions très-pénibles dans l'estomac ; crampes atroces dans les jambes ; le plus léger mouvement, l'attouchement d'un drap seul suffit à les provoquer ; elles sont d'une violence extrême, spasmodiques et très-longues.

A midi. Frissonnements, *algidité complète ;* les membres sont froids, inertes et donnent la sensation d'un glaçon ; lipothymies, aphonie ; figure hippocratique, lèvres décolorées, teint terreux.

A midi et demi, on commence une potion avec :

Veratrum album, 1re dilut. au 10e.....	4 gouttes.
Eau pure..........................	150 grammes.

Une cuillerée toutes les demi-heures.

Frictions rudes avec de l'eau-de-vie camphrée sur les jambes et sur les bras.

Eau froide comme boisson.

Dès la troisième cuillerée, les vomissements cessent complétement, ainsi que les selles, et ces deux symptômes ne se sont plus reproduits depuis.

4 heures de l'après-midi. Calme relatif ; toujours de l'agitation ; connaissance parfaite ; traits décomposés ; voix voilée ; yeux cerclés de noir, caves, ternes ; peau légèrement moite et fraîche : pouls filiforme, à 125 ; langue blanche, tremblotante ; épigastre encore sensible au toucher.

Les crampes ont cessé et ne se réveillent qu'à un contact un peu vif des jambes.

Veratrum ut suprà toutes les heures.

7 heures du soir. Sommeil d'une heure et demie ; peau moite uniformément ; pouls petit, à 120 ; plus de selles ni de vomissements ; accablement excessif.

La figure, toujours bouleversée, est pourtant plus calme; les lèvres restent blanches, le teint grisâtre.

Veratrum toutes les deux heures.

Le 18. Sommeil de quelques heures; état de bien-être; plus de crampes; pas de sensibilité à l'épigastre; ventre souple, indolent; langue blanche; lèvres plus colorées; teint à peu près naturel, quoique encore pâli; pouls faible, régulier, à 80.

Bouillon léger, deux tasses à café.

Veratrum 1re........................	12 globules.
Eau pure............................	100 grammes.

Une cuillerée toutes les trois heures.

Le 19. L'amélioration a progressé; sommeil calme; pas de malaises. Appétit; langue encore blanche; pouls plus fort, à 78; peau d'une température normale.

Deux potages.

Nux vomica 6e.....................	6 globules.
Eau pure............................	100 grammes.

Une cuillerée toutes les trois heures.

Le 20. Langue nette, n'accuse plus rien de notable; forces moyennes. La malade se lève.

Poulet, eau panée vineuse.
Nux ut suprà.

Le 21. Guérison complète.

IIe Observation.

Choléra morbus à forme grave; cyanose très-prononcée; selles riziformes. Guérison rapide par veratrum.

M. Ch...., 60 ans, homme de peine, d'un tempérament nerveux, d'une constitution moyenne, fait, le 30 juillet au soir, un repas copieux. Dans la nuit, insomnie, agitation, gargouillements fréquents.

Le 31, 5 heures du matin. Selles abondantes; toutes les dix minutes une évacuation muqueuse, glaireuse.

9 heures. Vomissements aqueux avec efforts violents; crampes très-vives dans les mollets et les avant-bras; frissonnements, mais nul sentiment de froid glacial; figure décomposée; yeux enfoncés, caves, cerclés de noir.

Midi. Les vomissements redoublent; les selles deviennent blanches *ressemblant d'une manière frappante à des grains de riz* nageant dans de

l'eau; *figure cyanosée, presque noire* au moment des vomissements; chaque selle est accompagnée des tranchées les plus vives et de crampes musculaires des plus pénibles. Pouls petit, mou, à 120; langue bleuâtre, couverte d'un enduit blanc, peu épais; soif inextinguible.

Veratrum album, 1re dilit. au 10e......	10 gouttes.
Eau pure..........................	150 grammes.

Une cuillerée à soupe toutes les dix minutes.

Eau froide comme boisson.

4 heures du soir. Dès la troisième cuillerée, les vomissements ont cédé; une selle toujours riziforme; les crampes ont complétement disparu; chaleur naturelle; peau moite; pouls à 100. Visage toujours étiré; yeux caves, voix voilée.

1er août. Sommeil calme toute la nuit; ni vomissements, ni selles; pouls à 80; peau moite; langue blanche; appétit. Encore de l'accablement.

Le 2. Il reprend son travail.

Ces faits sont assez concluants pour que tout commentaire soit superflu. Nous ferons simplement remarquer combien le tableau symptomatique que présentaient ces deux malades était grave et angoissant et combien prompte et efficace a été l'action du *veratrum ;* circonstance à noter, car l'expérience a démontré que dans certaines épidémies de cholérine ou de choléra, ce médicament a complétement échoué. Il paraît répondre cette année d'une manière toute spéciale à la constitution médicale des mois de juillet et d'août de notre pays.

Dr Noack fils,
de Lyon.

BIBLIOGRAPHIE

NOUVEAU DICTIONNAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES

— 3e article —

Nous sommes un peu en retard pour rendre compte du second volume du *Nouveau dictionnaire de médecine et*

de chirurgie pratiques; car le troisième volume vient de paraître. M. Baillière tient la promesse qu'il a faite à ses souscripteurs, et malgré les mille difficultés inhérentes à une œuvre aussi considérable, les volumes se succèdent et apparaissent aux époques convenues. Nous disions dans notre premier article que nous attendions la description d'une maladie pour juger les doctrines du *nouveau dictionnaire;* mais dès lors nous exprimions la crainte de voir cette œuvre tomber, malgré les meilleures intentions, dans l'ornière de l'organicisme; nous ne nous étions malheureusement pas trompé, et l'article *Angine* va nous permettre de le prouver.

Et d'abord comment la rédaction a-t-elle consenti à rester esclave de l'ordre alphabétique à ce point, qu'il y a un article pour l'amygdalite et un article pour l'angine : en sorte qu'il est impossible de rien comprendre au premier article, si on n'a pas lu le second; et que le second est très-incomplet, si on n'y rattache pas le premier. Franchement il était mille fois plus simple d'écrire à l'article *amygdalite* voyez *angine*, plutôt que de faire deux articles séparés qu'on est obligé de rapprocher sans cesse pour les compléter.

Au début de son article, et à propos de la division des angines, M. Desnos s'exprime ainsi :

« Si dans bien des circonstances l'inflammation gutturale existe par elle-même *et représente toute la maladie*, dans nombre de cas aussi le travail phlegmasique n'est que le reflet d'une affection qui a envahi toute l'économie, en apposant son empreinte sur un plus ou moins grand nombre d'organes, ou le résultat d'une cause spécifique; et quelle différence ne sépare pas les unes des autres toutes ces angines, qui ne sont liées entre elles que par la lésion inflammatoire et un certain groupe de symptômes! » (P. 449.)

C'est parler d'or. Voilà, sauf un demi-membre de phrase, la véritable doctrine de l'essentialité des maladies appliquées à la division des angines, et M. Jaccoud, qui est resté un an avec le maître, peut dire que J.-P. Tessier n'eût pas parlé autrement. Aussi après un semblable paragraphe nous nous attendions à lire ceci :

Nous décrirons donc d'abord les diverses formes de l'angine essentielle, puis, dans un chapitre à part, les inflammations symptomatiques qui occupent le même siége que l'angine.

Au lieu de cela nous lisons :

La première division qui s'offre à nous est celle qui sépare les angines en deux grandes classes :

Angine *aiguë* et angine *chronique*. Quelle chute !

Ainsi, M. Desnos reconnaît une classe d'*angines aiguës*, et admet dans la même famille, contradictoirement à ce qu'il vient de dire à la même page, l'angine essentielle et les inflammations aiguës symptomatiques de la scarlatine, de la rougeole, de la diphtérite, de l'empoisonnement par la belladone ou par le tartre stibié ; puis il décrit des angines chroniques, qui ne sont que des inflammations symptomatiques de la dartre, de la scrofule, de la syphilis.

Eh bien ! nous disons ceci : ou M. Desnos comprend bien le paragraphe que nous avons cité et dans ce cas il sacrifie la vérité nosologique à des préjugés, ou bien il ne la comprend pas, alors il nous permettra de lui appliquer le vers suivant :

Avant donc que d'écrire apprenez à penser.

Mais continuons notre examen. Car nous avons promis la vérité à nos anciens collègues, et nous la leur dirons jusqu'au bout.

Les sous-divisions des angines aiguës sont ainsi établies par M. Desnos :

1° ANGINE SIMPLE, qui comprend la *pharyngite circonscrite supérieure* et *inférieure*, les *abcès rétropharyngiens*, l'*angine couenneuse commune* et l'*herpès guttural ;* — 2° L'ANGINE ASSOCIÉE A UN ÉLÉMENT MORBIDE, comprenant : *angine catarrhale*, *gastrique* et *bilieuse ;* — 3° ANGINE SPÉCIFIQUE, comprenant l'*angine érysipélateuse*, *rhumatismale*, *arthritique*, *ulcéreuse*, *scorbutique ;* — 4° ANGINE DES POISONS MORBIDES, *morbilleuse*, *scarlatine*, *varioleuse*, *morveuse* et *charbonneuse ;* — 5° ANGINE DES PYREXIES : *typhoïde*, *des fièvres palustres ;* — 6° ANGINES TOXIQUES *des poisons minéraux*, *des poisons végétaux ;* — 7° ANGINES GANGRÉNEUSES.

Les angines chroniques comprennent : l'*angine glanduleuse*, la *scrofuleuse*, la *syphilitique*. Pourquoi ni la *cancéreuse* ni la *tuberculeuse ?*

Je doute qu'il soit possible de rencontrer quelque part un plus bel exemple de syncrétisme. L'organicisme et les éléments de Montpellier s'y donnent la main, en compagnie du spécificisme de M. Trousseau et des *empoisonnements morbides* qui sont le *dada* de l'époque actuelle ; mais tâchons un peu de débrouiller ce chaos, et d'en montrer les erreurs principales.

La première erreur qui mérite de nous arrêter, c'est celle qui consiste à ranger les abcès rétropharyngiens parmi les angines : l'abcès rétropharyngien est une lésion le plus souvent symptomatique d'une carie de la colonne vertébrale ; dans les autres cas, c'est la terminaison d'un phlegmon du tissu cellulaire. Mais dans aucun cas l'abcès rétropharyngien n'est primitivement une inflammation de la membrane muqueuse de l'arrière-gorge.

Nous signalerons, en passant, tous les inconvénients attachés à l'expression *angine couenneuse commune*, pour désigner une maladie radicalement différente de la

diphthérite, et nous arriverons aux angines associées à un *élément morbide*.

Cette subdivision n'a été évidemment établie que pour séduire l'école de Montpellier; car elle ne comprend sous le nom d'*angine catarrhale* que l'histoire de l'inflammation du pharynx dans le rhume, et une grosse erreur traditionnelle sous le nom d'*angine bilieuse*.

Depuis la découverte de la circulation du sang et de la destruction complète de la physiologie galéniste, ces expressions d'*affections bilieuses* n'ont plus de signification scientifique. Un certain nombre de praticiens continuent néanmoins à s'en servir, et à désigner ainsi toutes les maladies dans lesquelles on observe de l'inappétence, des nausées et principalement une langue jaune et saburrale. Or, à ce titre, toutes les angines sont des affections bilieuses, car dans aucune autre maladie on n'observe, à un aussi haut degré, tous les signes de la saburre. La langue, en particulier, présente toujours des enduits extrêmement épais; et si j'osais marcher sur les traces d'un grand académicien, j'offrirais une prime de 500 fr. pour une observation d'angine sans enduit de la langue.

Si M. Desnos avait lu le travail de Davasse sur la *stomatite*, il saurait que, toutes les fois que la langue est enflammée, et elle est enflammée dans toutes les angines, elle présente les enduits qui caractérisent pour les galénistes les affections bilieuses. Laissons donc dormir l'*angine bilieuse* avec la *saburre* et les *embarras gastriques*. Ceci n'est ni de la science ni de l'art, c'est de la médecine de Molière.

Mais voici une erreur plus impardonnable encore, c'est d'appeler l'inflammation symptomatique du rhumatisme, de la goutte ou du scorbut des *angines spécifiques*. M. Desnos ne sera compris ni par Ricord, qui

croira qu'il s'agit d'une angine syphilitique, ni par Trousseau, qui appelle spécifiques les maladies essentielles.

Mais passons.

Voici maintenant les angines symptomatiques des fièvres éruptives et de la fièvre typhoïde placées dans deux classes différentes. La première est l'angine des *poisons morbides*, la seconde est l'angine des *pyrexies*. M. Desnos devrait bien nous dire pourquoi il y a du *poison* dans la rougeole, et pourquoi il n'y en a pas dans la fièvre typhoïde. O école des métaphores et des hypothèses, tu as des mystères vraiment bien admirables !

Ces erreurs nosologiques sont d'autant plus regrettables qu'elles défigurent un travail qui n'est pas sans mérite.

Nous aimons à rendre justice au talent de description qui règne dans cet article, et nous n'hésitons pas à dire qu'il contient tous les éléments d'un bon travail sur les angines et sur les inflammations de la gorge ; le lecteur y trouvera de précieux renseignements.

Nous ne pouvons passer en revue tous les articles contenus dans ce second volume et dans la deuxième partie du premier, dont nous n'avons pas encore rendu compte. Nous signalerons cependant l'article *accouchement*, par M. Stolz ; l'article *amputation*, par Alph. Guérin, et des articles très-pratiques sur les *eaux* d'*Allevard*, d'*Aix* en Savoie, d'*Amélie-les-Bains* et d'*Aix-la-Chapelle*.

L'article *anémie*, du Dr Desnos, mérite encore une mention spéciale. L'auteur a fort bien compris la doctrine de l'essentialité des maladies, et il l'a appliquée très-judicieusement à la description de l'anémie, dont il fait un symptôme commun à plusieurs maladies.

Nous terminons cette revue par l'examen des deux articles de M. Jaccoud, l'*agonie* et l'*angine de poitrine*.

Les phénomènes de l'*agonie* sont exposés d'une manière très-lumineuse, et toute agonie est justement rapportée à une asphyxie lente de cause directe ou indirecte.

Nous aurions désiré, dans cet article, trouver les signes de la *fausse agonie*, c'est-à-dire de ces états extrêmement graves ayant les caractères principaux de l'agonie véritable et cependant susceptibles de guérison. La distinction primitive de ces deux états est d'une importance capitale: pour le malade d'abord qu'il s'agit d'abandonner ou de secourir, pour le médecin ensuite qui ne doit pas prononcer le mot d'*agonie*, sans être sûr de son fait; car, s'il a commis une faute de diagnostic, il s'exposera à voir son malade ressuscité par un confrère plus heureux ou plus habile.

Comme exemple de maladies pouvant présenter les cas de fausse agonie, nous citerons l'asthme, la fièvre typhoïde et la fièvre intermittente pernicieuse. Davasse a rapporté, dans ce journal, l'histoire d'un malade arrivé à la période la plus grave de la fièvre typhoïde et présentant les signes principaux de l'agonie. Récamier le prit dans son lit, râlant, sans connaissance, froid, bleuâtre et sans pouls ; il le transporta sous la douche, et le ressussita, pour ainsi dire, par une de ces audacieuses témérités qui malheureusement lui étaient trop familières, et qui n'avaient pas toujours un si heureux résultat. Nous nous rappelons encore avoir été appelé auprès d'un malade présentant les principaux signes de l'agonie; déjà nous nous préparions à nous retirer quand, renouvelant notre interrogatoire, nous apprîmes que la veille, à pareille heure, le malade avait présenté un état presque aussi grave, et que cependant il avait été tellement mieux quelques heures après qu'on l'avait cru guéri. Notre diagnostic fut fixé par ce renseignement, car la fièvre pernicieuse seule présente ces alter-

natives extrêmes. Nous nous empressâmes alors de soutenir les forces défaillantes du malade; il échappa à un second accès, et une dose énorme de sulfate de quinine, administré en l'espace de deux heures, le guérit entièrement.

Il est donc à regretter que M. Jaccoud n'ait pas cherché à distinguer avec soin la fausse agonie de la véritable, car c'est là une question essentiellement pratique.

La description de l'*angine de poitrine* est tracée de main de maître. C'est bien là l'histoire d'une maladie saisie dans son évolution. La description fait tableau et présente, convenablement accentués, les caractères principaux de l'*angor pectoris*. Je doute qu'après avoir lu cette description un élève puisse en oublier les traits et méconnaître cette maladie. Qu'il y a loin de cette méthode immédiatement dérivée de la doctrine de l'essentialité des maladies à cet organicisme étroit et absurde, dont tout l'art consiste, pour décrire une maladie, à faire séparément et dans un ordre physiologique ou anatomique, l'histoire de chaque symptôme en particulier !

L'article de M. Jaccoud laisse complétement de côté, et c'est là le seul reproche que nous ayons à lui faire, l'importante et difficile question de l'*angine de poitrine symptomatique*. L'auteur cite bien la goutte, les hémorrhoïdes, et sur la foi de M. Trousseau, l'épilepsie, comme des maladies qui, dans leur cours, peuvent s'accompagner d'angine de poitrine. Mais M. Jaccoud sait aussi bien que nous que la seméiotique ne se contente pas de si peu et qu'en somme le problème subsiste tout entier. Pour le résoudre, il faudrait établir par des observations quelles sont les maladies qui peuvent s'accompagner d'*angor pectoris*, puis ensuite décrire les différences que présente cette affection dans toutes les

maladies dont elle est un symptôme : différences tant au point de vue des symptômes qu'au point de vue du pronostic et du traitement.

En terminant, nous résumons en ces termes notre opinion sur ces deux premiers volumes : Description en général très-bonne et beaucoup plus complète que celle des autres dictionnaires ; mais doctrines vacillantes souvent, mal comprises, entachées d'erreurs nombreuses et jetant sur l'œuvre entière de l'obscurité et une confusion regrettable.

P. Jousset.

VARIÉTÉS

Rien de neuf à l'horizon. Les idées et les faits sont en vacances et d'ailleurs l'espace nous fait défaut ; aussi la seule chose dont nous aurions à parler, les cours du soir de la Faculté, les leçons de quelques-uns de MM. les agrégés sur l'histoire de plusieurs médecins de l'antiquité, sommes-nous obligé de l'ajourner à un autre moment. Faisons seulement une courte mention d'un passage significatif d'un feuilleton de la *France médicale*. Dû à la plume d'un de nos jeunes confrères, interne des hôpitaux, ce feuilleton, écrit à propos de la leçon de M. Broca sur Celse, se termine ainsi :

« D'ailleurs, nous devons nous arrêter ici : nous arrivons au temps de Galien. La médecine romaine va se relever avec cet homme illustre, avec les Soranus, les Cœlius Aurelianus, jusqu'au moment où *l'invasion de la secte galiléenne* apportant ici sa *funeste influence*, va livrer l'art aux bateleurs et aux thaumaturges. Voici venir les fontaines miraculeuses, les vieilles médailles et les vieux os. La danse macabre commence ; le *monde est idiot pour douze siècles !* »

Voilà comme on apprend l'histoire à la génération nouvelle et sous quelles couleurs on présente l'influence du christianisme sur les sciences, la médecine et la société. *Grâce à la secte galiléenne, le monde est idiot pour douze siècles !* Heureusement la renaissance, l'empirisme et le matérialisme sont venus pour tout sauver.

— Nous apprenons la mort d'un médecin qui, lui, ne pensait pas que la science chrétienne eût abruti le monde. Le Dr Buchez a joué, comme chacun sait, un rôle important moins comme médecin que comme philosophe et comme homme politique; mais ses doctrines ont exercé une influence incontestable sur un certain nombre d'esprits d'élite, en les engageant sur le terrain religieux beaucoup plus loin que leur auteur lui-même. Le Dr Buchez, disons-nous, vient de mourir. A ce moment suprême, il n'a pas reculé devant les dernières conséquences de ses doctrines et sa fin a été toute chrétienne.

— La récente discussion du Sénat et le triomphe plus apparent que réel de la médecine officielle n'a pas réveillé la verve des feuilles scientifiques. Le silence leur a paru prudent. Le mutisme a été complet; nous n'y connaissons d'exception que l'enthousiasme d'une société médicale de province, qui a voté des remercîments à l'éloquent défenseur de la vieille thérapeutique, et quelques lignes de M. Dechambre, chantant, sur un air connu, l'inattaquable justice du concours, et tendant une main généreuse à ses frères séparés, moyennant le moindre caillou jeté par eux à l'œuvre de Hahnemann et aux doses infinitésimales. Il n'y a rien à répondre à ces honnêtes avances, nous aimons mieux donner à nos lecteurs la lettre suivante qu'on lit dans un grand journal, *l'Aigle, Courrier du Midi* :

« Cette, le 14 juillet 1865.

« Monsieur le rédacteur,

« Dans vos numéros du 12 et du 13 juillet, vous donnez le compte rendu de la discussion qui a eu lieu au Sénat relativement à deux pétitions intéressant l'homœopathie. Sans entamer une polémique médicale qui serait déplacée dans vos colonnes, permettez-moi d'appuyer sur une phrase du discours de M. Dumas, à laquelle j'attache d'autant plus d'importance que ce savant professeur a déployé tous ses efforts pour combattre la doctrine de Hahnemann. Cette phrase, la voici : « S'il consiste « (le système homœopathique) à dire qu'un médicament n'agit pas par « sa substance, mais par des forces qu'on a développées en lui au moyen « de frictions et de secousses auxquelles il est soumis, je n'ai rien à dire, « cela se peut... mais il faut démontrer que cela est, voilà tout (1). »

« Ces paroles creusent un abîme entre M. Dumas et les dénégateurs systématiques qui rejettent *à priori* les préparations infinitésimales, comme si elles n'étaient pas du ressort exclusif de l'expérience.

(1) *Moniteur universel*, page 960, 6e colonne.

« Ce n'est point ainsi que procède l'École de Montpellier. Sans se hâter d'admettre les innovations, elle ne se hâte pas non plus de les repousser. Agissant toujours avec prudence, au besoin elle sait douter.

« Fidèle à cette marche, un des plus illustres chefs de cette École, M. le professeur Lordat, s'est exprimé de la manière suivante : « Je « n'admets ni ne rejette l'homœopathie que je ne connais pas et que je « n'ai pas eu le temps d'étudier. Je dois rester en suspens jusqu'à ce « qu'il me soit permis d'avoir un avis, c'est-à-dire jusqu'à ce que j'en aie « fait un profond examen (1). »

« Un professeur agrégé, maintenant engagé dans les ordres sacrés, M. Barre, sans abandonner le terrain du doute, a manifesté une certaine tendance vers la nouvelle méthode; voici ses paroles : « La médecine « ordinaire possède peu de remèdes héroïques; l'homœopathie prétend « en avoir déjà découvert un grand nombre et poursuit activement ses « recherches. J'ignore ce qu'on doit penser de tout cela; mais il faut « convenir que Hahnemann et son école sont partis d'un principe « vrai (2). »

« Cette sage réserve laisse la porte ouverte à tous les progrès. L'examen expérimental, déclaré nécessaire par les autorités que je viens de citer, a porté ses fruits entre les mains de ceux des médecins de Montpellier qui ont mis à l'épreuve l'homœopathie et constaté la réalité de sa puissance.

« Ce n'est pas la première fois que Montpellier devance Paris. Citons, par exemple, les remèdes chimiques. Pour en propager l'utile emploi, Renaudot, médecin de Montpellier, eut besoin de la protection du cardinal de Richelieu contre Rioland, Guy-Patin et autres médecins de Paris. M. le professeur Bouisson a donc été fondé à signaler la cité méridionale comme « la vieille patrie de la liberté de pensée en méde-« cine (3). »

« Cette liberté traditionnelle a permis au professeur Ribes de dire : « L'homœopathie prouve que les médicaments ont une action incontes-« table à des doses infiniment petites (4).

« Sous l'égide de cette liberté précieuse, les professeurs Dunal et d'Amador, les professeurs agrégés Andrieu et Parlier, ont pu accorder à la méthode de Hahnemann le tribut de leur adhésion théorique et pratique.

(1) *Journal de la Société de médecine*, tome XIV, page 130.

(2) *Recherches cliniques*, etc., page 104.

(3) *Discours de rentrée de l'année* 1864.

(4) *Fondements de la doctrine médicale*, etc., tome I, page 266.

« Enfin, je dois le proclamer, tandis que les Sociétés médicales de Paris chassaient de leur sein, comme indignes, les médecins homœopathes, la Faculté de Montpellier a porté en première ligne, parmi les juges d'un concours pour une chaire de clinique interne, un médecin non moins entaché d'homœopathie. Ce médecin, c'est celui qui a l'honneur de se dire, monsieur le rédacteur, votre très-humble et très-obéissant serviteur, « F. Roux, de Cette. »

— Nous signalons à nos lecteurs une lettre récente du Dr Labrunne à M. Dumas *sur une vieille malade qui ne veut pas être rajeunie* (1). Cette intéressante brochure n'est pas moins remarquable par l'élégance du style que par la distinction de la pensée. A. M.

— Le Dr Hélot, médecin et professeur d'accouchements à l'hôpital général de Rouen, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Imbert-Gourbeyre, professeur à l'école de Clermont-Ferrand et médecin consultant à Royat, a reçu la croix de commandeur de l'ordre royal de Charles III d'Espagne.

— Le Dr Mailliot a été décoré de la croix d'Isabelle la Catholique.

— Le mémoire, dont la rédaction avait été décidée par la Commission nommée par les médecins homœopathes de Paris, à propos de la récente discussion du Sénat, a été lu dans une seconde réunion et unanimement approuvé.

Il a été décidé que tous les médecins de France, partisans de l'homœopathie, seraient invités à signer ce document, pour lui donner plus de poids et d'autorité; et, comme il importe de lui assurer la plus grande publicité possible, une cotisation personnelle de 20 fr. a été votée (2).

(1) Chez Jacquin. Besançon.
(2) L'envoyer avec les adhésions, au Dr Milcent, 33, chaussée d'Antin.

ERRATA

Le nom de M. Noack fils a été oublié parmi ceux des signataires de la protestation des médecins homœopathes de Lyon, dont le nombre exact est de neuf, deux d'entre eux ayant fixé leur résidence à quelque distance de cette ville.

Le Rédacteur en chef, Jules Davasse.

Paris. — Imprimerie de A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

OCTOBRE 1865

NOSOLOGIE

LA DIATHÈSE PURULENTE MÉCONNUE

— 6e ARTICLE (1) —

3° Diathèse purulente traumatique.

Après les développements qui précèdent, toute insistance minutieuse sur la diathèse purulente traumatique, en particulier, serait superflue. Il semble, d'ailleurs, que la catégorie des faits dont elle se compose passe moins souvent inaperçue aux yeux des observateurs; et il est toujours certain que leur interprétation, comparée à celle de la fièvre puerpérale, ne soulève pas d'aussi nombreuses et profondes divergences.

Cependant la diathèse purulente des blessés ou des opérés est encore singulièrement méconnue, en tant que maladie, et mutilée dans ses symptômes par la plupart des chirurgiens qui s'évertuent à réduire ses proportions à celles d'un simple accident mécanique.

Soumise à cette filière, l'essence morbide disparaît, et la sévère réalité de ses manifestations fait place à un épisode de fantaisie.

Il ne saurait en être autrement, nous le répéterons sans cesse, puisque le physiologisme organicien, seul inspirateur de cette tactique, n'a point le sens ontologique de la maladie, et qu'il en est la négation même;

(1) Voir *l'Art médical*, mai, juin, juillet, août et septembre 1865.

aussi, quelle que soit l'hypothèse qu'il prétende substituer à l'essence morbide, elle aboutit fatalement à la même impuissance : ni la résorption du pus, ni la phlébite infectieuse, ni l'infection putride, ni le ferment miasmatique, ni les thromboses et les embolies — élevés au rôle ambitieux de la cause intrinsèque et prochaine, — ne peuvent servir à l'explication satisfaisante et à la représentation fidèle de l'ensemble des phénomènes objectifs.

Placés sous cette tutelle ingrate, c'est merveille de voir les chirurgiens les plus éminents lutter avec obstination contre leurs plus excellents instincts et arguer, de la meilleure foi, de mille prétextes pour s'en tenir à côtoyer la vérité au lieu de l'embrasser dans sa pleine évidence. La diathèse purulente est certainement la source la plus essentielle de la mortalité qui sévit sur les blessés et les opérés dans les salles de nos hôpitaux. Quoi de plus important, pour y porter remède, que de la bien connaître ? Et voilà que, loin de la regarder en face et de la saisir corps à corps, nos observateurs s'épuisent en vains efforts après son ombre. Il semble que la vérité — toute simple et toute nue — soit importune à leurs yeux.

Il faut établir la part du traumatisme comme celle de la puerpéralité. Résultat d'une cause externe, — blessure ou opération, — le premier place également l'économie sous l'imminence de nouvelles aptitudes morbides, parmi lesquelles la diathèse purulente tient le premier rang. Le traumatisme développe singulièrement, dans un milieu propice, la *disposition* à cette dernière maladie, et avec d'autant plus d'énergie qu'il s'exerce sur des constitutions moins asservies à d'autres influences morbifiques. Ainsi, par exemple, un scro-

fuleux, dans une salle encombrée de malades, résistera bien plus longtemps et bien plus efficacement, — comme nous l'avons déjà dit, — à l'invasion de la diathèse purulente, avec ses humeurs froides, intarissables et multipliées, que sous l'impression aiguë d'une opération sanglante, pratiquée dans l'intégrité des tissus. Ainsi encore, contre toute prévision, les amputations réussissent beaucoup mieux — surtout dans les hôpitaux — sur les sujets faibles et en puissance de certaines lésions chroniques plus ou moins avancées, que sur des hommes robustes, surpris, au milieu de la santé, par une violence extérieure. Dans une discussion académique, dont nous aurons à parler assez longuement tout à l'heure, M. Malgaigne a résumé très-exactement cette vérité pratique incontestable, de la manière suivante : « J'ai établi, par la statistique, cette loi de médecine opératoire, que les amputations traumatiques, faites chez les gens qui se portent bien, sont essentiellement plus meurtrières que les amputations pathologiques, pratiquées sur des hommes épuisés par la misère et la maladie; et cette loi s'est vérifiée jusqu'à ce jour sur tous les points du globe où l'on a fait de la statistique chirurgicale » (1). Ces résultats, qui ressortent d'une manière si éclatante des chiffres produits par M. Malgaigne, dans son recensement de 1838, sont complétement confirmés par le rélevé le plus récent, dû à M. Ulysse Trélat, en 1862. Ainsi, sur 1,144 grandes opérations, pratiquées dans les hôpitaux de Paris, pour une période d'environ dix ans, on trouve que le chiffre moyen de la mortalité, à la suite de 470 amputations traumatiques, s'élève à 55,5 0/0, tandis qu'il s'arrête à 41 0/0 sur 568 amputations pathologiques.

(1) *Bull. de l'Acad.* (cité plus loin p 652

C'est donc à tort que Dupuytren, à la suite des grandes opérations chirurgicales, rejetait le chiffre de ses revers, — qu'il n'osait pas trop s'avouer lui-même, — sur le piètre état des malades de l'Hôtel-Dieu; c'est donc à tort, suivant la remarque de M. Malgaigne, qu'il « enviait fort la position des chirurgiens militaires, exerçant leurs couteaux sur des hommes jeunes, robustes, bien portants, l'élite de la population, sans compter l'enthousiasme de la victoire, etc. »

D'autres chirurgiens ne se sont pas fait faute de moindres illusions, et j'en citerai un exemple d'autant plus piquant, qu'il nous sera fourni par un homme qui semblait moins exposé à nous le fournir.

« C'est ainsi encore — disait récemment le Dr Dufresne — que dans une leçon publique, j'ai vu le professeur Blandin rendre compte de la mort d'un de ses opérés, par la présence d'une petite thrombose, que le décubitus prolongé avait provoquée derrière une malléole. Il pouvait bien y avoir six semaines que la maladie (la diathèse purulente) avait commencé, quand avait paru la petite lésion que l'on rendait comptable de tout le mal » (1).

Une cause très-habituelle d'erreur relativement à la diathèse purulente traumatique, c'est la diversité des formes sous lesquelles elle peut se manifester.

La forme commune ou vulgaire présente elle-même beaucoup de variétés. Le lecteur trouvera, dans l'observation qui termine ce chapitre, l'exemple de l'une de ces variétés singulièrement insidieuses.

La forme bénigne (2) surprend aussi par l'apparence

(1) *Des embolies dans leurs rapports avec la diathèse purulente.* (*Art méd.*, mai 1865, p. 352.)

(2) J'en ai rapporté une observation dans la *Gazette médicale* de Paris (1845).

relativement paisible et insolite de ses symptômes.

La forme fixe — qui est l'analogue de la forme mono-articulaire dans le rhumatisme — trompe également l'observateur accoutumé à la multiplicité des lésions. Sans rechercher les autres traits essentiels de la maladie, il ne considère que l'inflammation suppurative unique, soit de la veine, soit de la cavité séreuse, soit de l'organe parenchymateux atteints, etc. C'est tout au plus s'il voit autre chose, dans cette localisation isolée, qu'une phlegmasie ordinaire ou une complication accidentelle plus ou moins fortuite.

Enfin, c'est la forme ataxique surtout qui jette le chirurgien dans des perplexités inouïes. A la suite d'une piqûre insignifiante, d'une saignée — même d'une simple érosion (comme nous en avons un exemple chez un cuisinier, pris des plus redoutables accidents occasionnés par l'égratignure d'un fragment d'os parfaitement sain) — il survient à l'improviste un état de sidération profonde qui, en peu de jours, se dénoue fatalement par la mort. A l'autopsie, on retourne le cadavre en tous sens, le scalpel plonge dans tous les viscères, parcourt tous les vaisseaux, met à nu tous les sinus veineux, et le plus souvent ne découvre rien ou presque rien, si le mal, ce qui est l'ordinaire, a comme foudroyé l'organisme. L'œil et le microscope constatent à peine quelques lésions rudimentaires autour de la piqûre ou de la petite incision de la saignée. Pour le pus, il est absent. C'est alors que l'imagination chirurgicale a de singulières envolées, et que les grands mots de grands empoisonnements, de profondes intoxications se donnent beau jeu.

Qui n'a été témoin de faits analogues? — Nous avons conservé l'observation d'un homme, dans la force de l'âge, ayant à peine 40 ans, entré le 8 octobre 1839 pour

une affection chirurgicale, relativement peu importante (blépharite et kératite chroniques) à la Pitié, dans les salles du professeur Sanson, suppléé par Alph. Robert. Le surlendemain de son entrée, ce sujet étant fort et robuste, on crut opportun de commencer le traitement — pour raison de *pléthore* (1) — par une saignée préventive du bras; elle fut pratiquée très-méthodiquement par l'élève le plus ancien et certainement le plus soigneux du service; vingt-quatre heures après la saignée, le 11 octobre, le bras était un peu douloureux autour de l'incision non cicatrisée, mais sans ecchymose ni thrombus; le 12, tout le membre devint extrêmement gonflé, brun et livide; de larges ecchymoses entourent la petite plaie; les veines ne sont point dures, les ganglions axillaires n'ont pas augmenté de volume. On ne sent plus les pulsations artérielles de ce côté; celles du bras gauche sont faibles et les battements du cœur fort obscurs. Les mouvements du bras se font avec facilité; mais le malade est dans une faiblesse considérable; il a de l'anxiété, un léger délire, et il succombe le même jour à midi — cinquante heures à peine après la saignée — et comme foudroyé. L'autopsie la plus minutieuse ne démontra ostensiblement aucune lésion susceptible d'expliquer la mort; solides et liquides passés en revue res-

(1) La *pléthore* et la *saburre* ou la *bile* — ces deux reliquats vivaces et obstinés de l'ancienne doctrine humorale — sont encore le germe des erreurs les plus dangereuses dans la pratique banale de la médecine, et le point de départ des indications hypothétiques les plus accréditées et les plus fausses. Nous avons combattu la dernière de ces chimères — dans notre mémoire sur la stomatite — en montrant que les enduits de la langue, prétendus reflets des humeurs gastriques, ne sont autre chose que les exhalations morbides et les exfoliations épithéliales dont la muqueuse buccale est le siége dans la plupart des maladies aiguës, et notamment dans celles dont les localisations affectent l'intérieur ou le voisinage de la bouche, comme dans les diverses angines en particulier et les stomatites. Quant à la pléthore, puisse l'observation que je rapporte ci-dessus montrer le péril à prendre ce fantôme pour une indication !...

tèrent muets. Seulement, un léger trait inflammatoire se dessinait auprès de la piqûre de la médiane céphalique, remontant à quelques centimètres dans la gaîne extérieure du vaisseau avec quelques globules purulents mal élaborés. Tous les vaisseaux artériels et veineux étaient intacts au milieu de la suffusion sanguine sous-cutanée et dans les interstices musculaires. Deux caillots médiocres furent rencontrés : l'un dans la veine-cave inférieure, l'autre dans l'un des compartiments du cœur droit. Les poumons étaient gorgés de sang noir, la rate un peu hypertrophiée, les autres viscères sains, sans exception. Ce fut tout.

De tels faits semblent calqués sur la forme foudroyante de la fièvre puerpérale, et, sauf le départ des accidents ou l'intensité de quelques phénomènes locaux, on ne saurait au fond les distinguer.

C'est qu'en effet, par leur nature ou leur essence, ces deux catégories de faits — traumatiques et puerpéraux — ne forment qu'un même genre morbide, ainsi que nous l'avons établi.

Ces formes ataxiques sont bien faites pour surprendre ou tromper l'esprit des chirurgiens, qui ne peuvent se résoudre à cette disproportion entre les accidents généraux et locaux de leurs blessés, et surtout à cette apparition si imprévue et à cette marche si foudroyante de la maladie, mettant si complétement en déroute leurs explications. Même l'étendue des désordres locaux ne leur suffit pas toujours pour rendre compte de la gravité du mal. Uniquement attentifs à la cause externe ou traumatique, ils ne voient pas le jeu si considérable de la cause interne, c'est-à-dire de la *prédisposition*. La loi véritable de l'évolution morbide leur échappe. En face des désordres qui leur paraissent insolites, ils flairent vaguement un autre ennemi caché, ne se faisant faute

de l'inventer s'ils ne peuvent, malgré tous les efforts d'imagination, le découvrir. En voici un exemple d'une date encore un peu ancienne, mais que nous avons vu se reproduire à peu près textuellement un assez bon nombre de fois, depuis cette époque, dans certaines cliniques de nos hôpitaux de Paris.

Observation.

Diathèse purulente traumatique. Épanchement sanguin de la jambe, à la suite d'une chute. Incision. Érysipèle phlegmoneux. Mort.

Jean Noël, 45 ans, fondeur en caractères, né à Trévery (Manche), entre salle Saint-Gabriel, n° 13 (Pitié), le 6 juin 1839, portant à la partie antérieure et moyenne de la jambe un épanchement sanguin médiocre, survenu à la suite d'une chute dans un escalier. Cet épanchement a le volume d'une noix, et siége au devant de la crête du tibia; il est circonscrit, conique, un peu douloureux. Le blessé est sans fièvre et dans les conditions de santé les meilleures en apparence.

8 juin. Le chirurgien Alphonse Robert ouvre avec un bistouri la petite tumeur, par laquelle s'écoule un peu de sang noir, partie liquide, partie coagulé; une mèche est introduite pour empêcher l'agglutination immédiate des bords.

Le 10. Douleurs aiguës dans la jambe, siége de la tumeur ouverte; frissons erratiques, suivis de fièvre intense et de céphalalgie. On accuse les courants d'air de la salle et l'on fait fermer hermétiquement portes et fenêtres.

Le 11. Auréole érysipélateuse autour de l'incision et stries rouges aboutissant le long du membre aux ganglions inguinaux intumescents et douloureux. — 20 sangsues sur les ganglions, larges cataplasmes, diète, boissons acidulées.

Le 13. Inflammation érysipélateuse générale de la jambe, qui envahit les jours suivants le pied et la cuisse; le pouls devient petit et serré, le facies abattu; constipation. — Fomentations émollientes, laxatif, etc.

Le 15. Nouvelle incision parallèlement à la première sur la région tibiale antérieure manifestement plus engorgée; état fébrile persistant sans frissons, avec concentration du pouls et exacerbations irrégulières fréquentes; les traits s'altèrent, la langue se sèche, la peau est terreuse, le malade a toute sa connaissance, et malgré sa faiblesse, conserve la liberté de ses mouvements dans son lit. L'érysipèle est à peu près sans

douleur. — Bandage roulé autour de la jambe, compresses émollientes sur la caisse.

Le 20. L'inflammation cutanée recouvre le grand trochanter; abcès à la rotule, ouvert par le bistouri; le pus s'écoule largement par les deux incisions de la jambe. Dévoiement (eaux de riz, julep diacodé).

Le 25. Faiblesse considérable; dents noirâtres et fuligineuses, haleine repoussante, inappétence absolue, même pour les bouillons.

2 juillet. Incision à la partie externe et postérieure de la cuisse donnant issue à une grande quantité de pus grisâtre bien lié; le dévoiement colliquatif diminue. — Limonade vineuse, julep avec l'extrait de kina.

Le 6. Suppuration abondante, épaisse, grisâtre, fétide, affaiblissement progressif. — Même traitement.

Le 12. Vastes décollements à la partie postérieure de la cuisse. — Incisions nombreuses; même régime.

Le 18. Tous les muscles sont disséqués par l'inflammation suppurative et séparés par des clapiers énormes; le pus est versé à flots par toutes les incisions. Les piqûres de sangsues elles-mêmes, appliquées à l'aine il y a plus d'un mois et cicatrisées, s'enflamment et suppurent à leur tour; des ulcérations se forment sur les téguments du membre et une eschare au sacrum; la diarrhée persiste, le pouls est misérable. Pendant trois semaines encore, toute cette fonte purulente reste, malgré tout, intarissable, et ce n'est plus qu'une longue et lamentable agonie, qui se termine, le 8 août, par la mort, l'intelligence seule s'étant conservée intacte jusqu'au bout.

Dès les premiers symptômes généraux qui marquèrent l'invasion de l'angioleucite symptomatique de la diathèse purulente, voyant l'affaissement du malade, la persistance du mouvement fébrile, la sécheresse de la langue, Alphonse Robert, chirurgien du service, diagnostiqua la complication d'une *fièvre typhoïde;* et les derniers phénomènes du collapsus, tels que l'enduit fuligineux des gencives, le dévoiement colliquatif, l'eschare du sacrum, ne firent que le confirmer inébranlablement dans cette opinion. Aussi s'attendait-il à rencontrer, à l'autopsie du sujet, les lésions intestinales de la dothiénentérie. Ce fut une déception. Le tube digestif, examiné très-rigoureusement, n'en présentait pas ves-

tiges. A force de regarder, avec la loupe de l'imagination, on crut bien trouver, dans plusieurs points, un gonflement *léger* des follicules; mais, après environ deux mois de maladie, cet aspect, malgré toute la complaisance des assistants, fut considéré comme insuffisant. Néanmoins le préjugé ne se tint pas pour battu, et l'on se persuada, pour fiche de consolation, que ce fait était incontestablement un de ces rares exemples de fièvre typhoïde sans lésion intestinale. On ne découvrit d'ailleurs dans les autres viscères, — suivant le langage usité, — aucune altération susceptible d'expliquer les symptômes généraux observés pendant la vie, ni, bien entendu, les autres lésions organiques des sujets qui succombent aux fièvres typhoïdes.

Que de telles défaites se soient introduites en chirurgie à l'époque dont nous parlons, cela se conçoit sans peine; mais ces égarements ne devraient plus être permis aujourd'hui. C'est pour clore la voie inexorable de ces déceptions, que nous insistons sur les leçons de l'expérience. Puissent ces leçons parler enfin plus haut que les préjugés!

Ajoutons à cela que l'influence épidémique se fait aussi très-fréquemment sentir sur la diathèse purulente traumatique. Il est des moments où la moindre plaie devient, dans une salle d'hôpital, une porte ouverte, en quelque sorte, à la maladie; où les chirurgiens s'interdisent jusqu'à la plus légère opération, s'ils ne veulent voir succomber leurs malades fatalement. Ces faits sont d'expérience vulgaire; il suffit de les rappeler.

Malheureusement, ces faits perdent une grande partie de leurs enseignements, parce que la plupart des chirurgiens, au lieu de les embrasser dans leur synthèse essentielle, et d'en établir les rapports naturels,

semblent se plaire à les réduire au rôle d'un incident ou à l'état de conjectures. Nous avons vu Dupuytren rendre comptables de ses revers, à l'hôpital, la misère et l'épuisement de ses malades; d'autres fois, il prenait à partie les courants d'air. La résorption du pus et la phlébite infectieuse ont eu leur tour. Le miasme commence à peine à séduire les esprits, que la thrombose survient pour les détourner, et ce ne sera guère avec plus de profit.

Nous sera-t-il permis d'avouer publiquement que nous avons souri plus d'une fois, quoique bien jeune encore, pendant notre noviciat hospitalier, en voyant avec quelle merveilleuse facilité les chirurgiens les plus éminents trouvaient moyen d'imputer aux influences les plus frivoles les symptômes les plus graves survenant après les opérations sanglantes dans les hôpitaux? Nous sera-t-il pardonné, surtout, de raconter ici, en détail, un dernier souvenir de ce genre qui sera valable pour tous? Cette observation n'est pas, au demeurant, tout à fait inédite; elle fut insérée, en 1845, par nous, dans un journal de médecine, sauf, bien entendu, certains détails un peu scabreux, qu'il nous paraît opportun de rétablir aujourd'hui, sans crainte de blesser les convenances. Le chirurgien, dont nous ferions intervenir au besoin le témoignage, ne serait pas homme à le dissimuler. Ajoutons, pour justifier notre choix, que nous citons d'ailleurs à notre barre plutôt un allié qu'un adversaire. En voyant combien, dans ce cas, malgré l'évidence irrécusable de ses caractères, la diathèse purulente traumatique a pu passer inaperçue aux regards d'un chirurgien qui en fut l'un des premiers et l'un des plus intelligents promoteurs, le lecteur jugera d'autant mieux de la facilité avec laquelle des yeux moins sympathiques, sans contredit, ou moins clair-

voyants, doivent ordinairement la méconnaître. Et, par là, notre thèse sera suffisamment complétée.

OBSERVATION.

DIATHÈSE PURULENTE TRAUMATIQUE. — *Plaie couluse et par broiement de la partie antérieure du pied; fracture comminutive des os du métatarse. — Phlegmon diffus du membre. — Amputation de la jambe. — Mort le cinquante-quatrième jour après l'accident. — Péritonite portielle suppurée. — Caillot purulent de la veine splénique, abcès métastatique du foie,* etc., etc.

Le 20 décembre 1844, le nommé Leballé (Laurent), âgé de 55 ans, ouvrier, d'une constitution robuste, fut apporté à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-Joseph, nº 30, pour une violente contusion du pied gauche, occasionnée par la chute d'une masse de fonte assez lourde. Les parties molles de la partie antérieure du pied étaient écrasées, les tendons broyés et mis à nu, et les métatarsiens en grande partie réduits en esquilles; il y avait, en un mot, des désordres assez graves pour que l'amputation immédiate dût être proposée au malade, qui s'y refusa. La suppuration s'établit, accompagnée d'un mouvement fébrile sans frissons, et peu intense, mais persistant.

Le 1er janvier, quand j'entrai dans le service en qualité d'interne, ce malade avait un peu de fièvre, une teinte mate répandue sur la figure, avec un sentiment de faiblesse encore peu prononcée, mais qui me frappa néanmoins, et de l'anorexie. Quant au pied, les désordres étaient bornés à la partie antérieure du métatarse. Là existait une contusion profonde avec attrition des parties molles, gonflement inflammatoire, suppuration, et une mobilité contre nature résultant d'une fracture complète et comminutive des os métatarsiens. Le gros et le petit orteil surtout tenaient à peine au reste du pied, et les téguments étaient en voie de mortification. Une suppuration abondante et fétide s'exhalait de toutes ces parties. Le reste du pied (quoique participant un peu à l'engorgement inflammatoire) et la jambe paraissaient en bon état, du moins il n'y avait pas la moindre douleur. Le malade était soumis à des pansements minutieux, à des lotions fréquentes d'eau-de-vie camphrée, et à l'application de cataplasmes émollients souvent renouvelés.

Huit jours se passèrent à peu près ainsi avec persistance du mouvement fébrile, suppuration plus abondante, affaiblissement plus marqué, coloration subictérique plus sensible. En suivant ces symptômes persistants et caractéristiques, je n'hésitai point davantage à en trouver la

raison dans une diathèse purulente traumatique et à appeler l'attention des élèves du service sur le caractère latent de l'évolution de la maladie. Notre malheureux blessé, tombé dans un état d'indifférence presque complète, répondait à peine, malgré la persistance entière de son intelligence, aux questions et aux instances qui lui étaient faites, lorsqu'il se décida enfin au sacrifice tardif et désormais inévitable d'une partie du membre.

Le 9 janvier, l'amputation étant décidée par le chef de service, la première incision circulaire des téguments autour du cou-de-pied donna issue à un flot de pus. Porté aussitôt au-dessus des malléoles, le couteau rencontra encore sous les téguments la nappe purulente. Enfin une dernière tentative d'amputation pratiquée au-dessous du genou, sur des parties entièrement saines, put être poursuivie jusqu'au bout.

La dissection démontra : une couche de pus sous la région externe de la jambe, s'étendant jusqu'à 1 centimètre au-dessous de la surface amputée; la propagation de ce liquide sous la gaîne aponévrotique des muscles péroniers, remplie d'un pus grisâtre et épais; la fonte complète du tissu cellulo-graisseux qui sépare et entoure ces muscles; le ramollissement et la friabilité des fibres musculaires elles-mêmes, dans l'intervalle desquelles il existe aussi du pus; l'extension de ce travail suppuratif à différents degrés, le long des tendons jusqu'à l'insertion sous-tarsienne du long péronier, au niveau du foyer des fractures métatarsiennes; l'étendue de ce foyer, où macèrent des esquilles osseuses, comprenant tous les muscles profonds du pied, les intervalles interosseux et la plupart des articulations; une fracture composée, en arrière des quatre dernières articulations métatarsiennes, avec la partie postérieure de la première phalange du gros orteil sur la même ligne; l'écrasement de la tête articulaire des deuxième et troisième métatarsiens, et d'une partie du quatrième orteil; enfin, la mortification plus ou moins complète des parties molles. — Il n'y avait aucune altération dans les vaisseaux principaux du membre, examinés avec le plus grand soin.

Après l'opération, la journée se passa sans accident. Le soir, le pouls n'avait pas augmenté de fréquence; il n'y avait pas de réaction marquée. Le malade accusait une douleur vague de l'épaule droite, où il avait eu autrefois un rhumatisme. Pour tout régime, 3 pots de tisane sucrée. La nuit fut assez bonne.

Le deuxième jour, le pouls, avec la même fréquence que la veille (80 pulsations), est plus concentré, mais sans refroidissement de la peau; le soir, il devient plus large, et la sueur couvre le corps du ma-

lade. La langue était humide, et le ventre libre. (Même prescription que la veille. La religieuse de la salle a ajouté quelques gouttes de vin de Bagnols coupé avec de l'eau). — Dans la nuit, il se manifeste un peu de délire et des soubresauts dans le moignon, qui laisse exhaler un liquide sanguinolent.

Le troisième jour, l'abattement, encore plus prononcé que les jours précédents, se rapproche de la stupeur; la figure est d'une coloration plus mate; le pouls est monté à 108 pulsations; la langue est plus humide, le ventre dur, la peau sèche et sans moiteur. Pour le moignon, il est tendu, douloureux, enflammé, présentant un liquide séro-sanguinolent à sa surface, sans aucune trace d'inflammation adhésive ou suppurative. Les bandelettes sont enlevées, et on recouvre la surface du moignon de cataplasmes émollients renouvelés toutes les quatre heures. — Diète absolue; tisane gommeuse; lavement avec 35 grammes de sulfate de soude. — Le soir, la peau a repris de la moiteur, et la nuit est calme.

Le quatrième jour, le pouls est moins fréquent, la langue presque humide; tendance à la sueur, qui s'établit le soir, mais sans bénéfice pour les phénomènes fébriles. — Cataplasme; un bouillon de poulet, eau de gomme.

Le sixième jour, la suppuration commence à s'etablir.

Les jours suivants, les parties de la peau qui avoisinent la périphérie des chairs du moignon se convertissent en pus; on les détache avec les ciseaux, dans cet état de transformation purulente presque complète.

Quant à l'état général, il est toujours à peu près le même. Mouvement fébrile avec rémission le matin, affaissement, anorexie; constipation. — On donne au malade des potages et un peu de poulet, auquel il touche à peine.

Vers le quinzième jour, les chairs du moignon se couvent de bourgeons charnus; la ligature principale tombe; l'os est bien entouré par les muscles.

J'interromps ma narration pour faire remarquer l'absence jusqu'ici de ces grands frissons que les chirurgiens ont coutume de regarder, assez mal à propos, comme le point de départ des accidents, c'est-à-dire, dans leur hypothèse favorite, comme l'indice de la pénétration du pus dans le sang. Il y avait cinq semaines que la maladie s'était déjà développée, dès les premiers

jours de l'accident, sous l'influence de l'attrition violente du pied, et ce symptôme, d'ailleurs si important, n'avait point encore apparu; mais nous allons, sans autre retard, le voir survenir.

Le dix-huitième jour (après l'opération), deux frissons dans la journée se manifestent pour la première fois; ils sont suivis d'une sueur prolongée qui ne s'établit pas franchement.

Les jours suivants, les frissons reviennent d'une manière erratique, et se succèdent irrégulièrement plusieurs fois dans la journée; les chairs du moignon pâlissent, les bourgeons charnus disparaissent; toute la surface de la peau est d'un jaune sale, sans élasticité ; faiblesse croissante; facies abattu; sueurs visqueuses sur la poitrine; pouls fréquent, petit, mou et dépressible; dégoût pour tous les aliments. — Le chef de service prescrit la limonade vineuse, 15 décigrammes de sulfate de quinine en potion, des lavements purgatifs tous les deux ou trois jours, et fait supprimer l'application des cataplasmes émollients sur le moignon.

Cette suppression des cataplasmes émollients, appliqués autour du moignon, mérite une mention particulière. Ce fut un tout petit événement. Le sulfate de quinine avait naturellement échoué contre les prétendus accidents intermittents devenus à la suite plus fréquents encore et surtout plus irréguliers. Quelle pouvait bien être la cause de la persistance des accès fébriles? On la chercha, bien entendu, en dehors de la maladie, suivant les errements ordinaires? Le chirurgien en chef du service crut l'apercevoir, et, aussitôt, s'empressa de nous en révéler le secret sans hésitation et sans détour : « Prenez bonne note, monsieur l'interne, nous dit-il, en très-sérieuse confidence et de son ton magistral, prenez bonne note de ce fait, que l'absorption des miasmes du cataplasme par la surface béante du moignon a produit ici les mêmes symptômes que les miasmes maremmatiques relativement à la fièvre palus-

tre..... » Et comme je ne pouvais réprimer, à cette explication imprévue, un léger sourire : — « Vous riez! » ajouta-t-il, un peu déconcerté..... — Mais l'excellent maître ne jugea pas à propos de poursuivre son ingénieux paradoxe. Prenant bientôt part lui-même à l'hilarité de son jeune auditoire, il était désarmé.

Malgré la suppression des cataplasmes, les muscles du moignon se rétractent; saillie du tibia; décoloration des chairs, rareté de la suppuration. — Bandage roulé autour du moignon, pansement à la poudre de quinquina.

Le vingt-huitième jour, anéantissement de plus en plus prononcé; sueurs abondantes et viqueuses, profuses; quelques douleurs vagues autour de l'ombilic. — 6 sangsues sur les points douloureux; 2 gr. sulf. quinine.

Cessation des frissons après le vingt-neuvième jour. Nausées et vomituritions; ventre rétracté, sans douleur; saillie des os du moignon; suppuration peu abondante. Le malade ne prend pas la potion au sulfate de quinine. La même dose de ce médicament est donnée en pilules. Dans la soirée, et surtout dans la nuit, déjections alvines nombreuses, liquides, sans grande fétidité.

Le trentième jour, le ventre est indolent, extrêmement serré et rétracté; les deux muscles droits apparaissent comme deux cordes tendues aux deux côtés de la ligne blanche; collapsus. — Gomme édulcorée avec sirop de coing; lavements amylacés en très-grande quantité; suspension des pilules. — Bouillons.

La plaie du moignon est décolorée, la suppuration plus rare, la peau rétractée avec les muscles.

Ici se place un autre épisode qu'il faut également reproduire pour montrer où en étaient encore à ce moment les préoccupations. Ce qui tourmentait notre chef de service, ce n'était guère la pensée de la diathèse purulente (que j'étais fortement soupçonné, par lui — à titre de revanche — de voir partout), mais l'état du moignon, et sa large plaie, toujours béante, rebelle à toute cicatrisation, un mois encore après l'opération pratiquée. En conséquence, le moyen suivant fut imaginé pour ac-

tiver le travail réparateur languissant de la nature, la vitalité et la force expansive des tissus.

Le trente-deuxième jour, on fait appliquer pendant une heure des fers chauds à une petite distance du moignon. Sous l'influence de cette chaleur modérée, la force de rétraction de la plaie a été augmentée; le diamètre transversal, qui avait 8 centimètres et demi, est venu à 5 centimètres trois quarts.

Les jours suivants, deux nouvelles applications de plaques chaudes autour du moignon, dont la force rétractile augmente encore, mais sans bénéfice aucun pour l'état du malade, qui est de plus en plus grave; les traits s'effilent, le collapsus est complet, pâleur cadavéreuse; la mort arrive insensiblement le trente-quatrième jour après l'opération, c'est le cinquante-quatrième à partir de l'accident.

Autopsie le 13 *février, quarante-deux heures après la mort.* — Congélation du cadavre sous l'influence de l'abaissement rigoureux de la température. La *plaie* du moignon est entièrement sèche; elle est recouverte par une membrane lisse et pâle, sans boutons charnus; les muscles et leurs intervalles aponévrotiques ne contiennent nulle trace de pus; le tibia est recouvert à la surface du moignon d'une couche membraneuse grisâtre, avec un léger décollement du périoste; boursouflement de la portion osseuse sous-jacente.

Les vaisseaux sont parfaitement sains dans toute la longueur du membre. La tunique interne de la veine était saine, et son intérieur occupé par un filament de sang à demi coagulé, sans aucune trace de travail adhésif. Tout le reste de l'*arbre veineux et artériel*, y compris le *cœur*, est dans toutes les conditions d'intégrité normale.

Les *poumons*, des deux côtés, sont crépitants partout, d'une belle couleur grise; coupés par tranches minces, ils n'offrent aucune altération appréciable dans leur tissu; la plèvre est transparente et lisse. Une seule adhérence est établie à droite entre le poumon et la plèvre pariétale; cette adhérence est ancienne, celluleuse et très-forte, et ne permet pas qu'on enlève le poumon sans déchirure de celui-ci.

Jusque-là nous ne voyons aucune espèce d'altération; mais ce qui nous reste à examiner va nous offrir des lésions d'un véritable intérêt et que rien n'avait pu faire soupçonner pendant la vie.

A l'ouverture de la cavité abdominale, un fait nous a frappé tout d'abord, c'est la persistance de la voussure diaphragmatique du côté gauche, malgré l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. La raison

en était dans l'existence d'un *énorme foyer de suppuration* situé dans l'hypochondre gauche, au-dessous de la face concave du diaphragme. Là on sent une poche fluctuante formée par des fausses membranes épaisses qui la circonscrivent entièrement, ainsi que par la portion voisine des viscères compris dans cette région, savoir : une partie de la grosse tubérosité de l'estomac, l'angle colique gauche et l'extrémité caudale du pancréas, en dedans; en avant, les replis séreux gastro-spléniques, confondus avec les couches pseudo-membraneuses; en bas, la portion du péritoine qui se replie au-dessous de la rate; enfin en arrière, en haut et en dehors, une partie considérable du diaphragme, rigide et tendu, et une portion du rein gauche.

Quant à la *rate*, elle est entièrement enveloppée par les parois du kyste; ces parois, formées de plusieurs couches membraneuses grises, friables et molles, circonscrivent exactement toute l'étendue du foyer. En détruisant avec l'ongle une portion de ces adhérences, il s'épanche dans la grande cavité du péritoine un flot de liquide d'abord séreux, mais trouble, et tenant en suspension des grumaux; puis insensiblement le liquide devient plus opaque; enfin, c'est du véritable pus bien formé qui s'écoule en quantité assez considérable. Après l'évacuation du pus et l'incision des parois, le foyer, mis à nu, présente une étendue remarquable; au milieu se trouve la rate, dont le volume est très-augmenté, et dont la membrane externe, grippée par la macération, ainsi que le parenchyme, divise le kyste par ses adhérences partielles en plusieurs compartiments réguliers. Un de ces foyers, rempli de pus sanieux et rougeâtre, est circonscrit au bord antérieur et à la partie antérieure de la scissure de la rate, qui présente à ce niveau une vaste échancrure d'une longueur de 6 centimètres sur 3 1/2 de profondeur, résultant d'une véritable *transformation purulente* du tissu splénique, et dont le fond rugueux, rougeâtre et ramolli, est tapissé par une membrane pyogénique, comme le reste de la surface externe du kyste. Tout le tissu de l'organe est facile à écraser, et présente une infiltration sanguine diffuse à la superficie; mais nulle trace d'autre foyer purulent.

Le *pédicule vasculaire* de la rate est confondu au milieu des couches pseudo-membraneuses qui se portent, suivant la direction des vaisseaux, vers la scissure, en arrière de l'échancrure dont j'ai parlé. Ces fausses membranes, qui baignent dans le pus du foyer, sont ramollies et suppurées, et les parois de la veine participent à cette altération, de manière à faire partie du foyer purulent au voisinage de la rate.

A ce niveau, la *veine splénique* est remplie de pus, tandis que le petit nombre de ses divisions vasculaires reconnaissables n'en contiennent

point. Le pus qui existe dans ce tronc veineux est libre et bien formé; il occupe en longueur une étendue de 15 centimètres, et se termine par un caillot sanguin dans la partie supérieure du vaisseau. Le coagulum a 25 millimètres environ d'étendue; sa face supérieure est lisse, membraniforme, blanchâtre, bien circonscrite, et présente quelques traces d'adhérences rompues, tandis qu'en allant vers la partie inférieure qui regarde vers la rate, le caillot, de plus en plus mou, sanieux et liquide, se confond insensiblement avec le reste du pus qui remplit le vaisseau. Les parois de la veine présentent des altérations correspondantes. Ainsi l'épaississement et la friabilité diminuent au niveau du caillot intra-vasculaire, et la pellicule blanche, pultacée, qui revêt toute la surface de la tunique interne là où la veine contient du pus, se continue sans interruption avec la surface lisse et membraniforme à la périphérie du coagulum sanguin; enfin, au niveau supérieur du caillot, la tunique séreuse présente une coloration rouge, piquetée, et le calibre du vaisseau paraît rétracté; mais, dans toute la longueur de la veine, au-dessus du caillot, il n'y a plus aucune altération appréciable.

Le reste du système veineux de la *veine porte* ne présente rien à noter et ne contient aucun globule purulent.

Le *foie*, d'un volume assez ordinaire, est couvert extérieurement de taches ecchymotiques d'un rouge sombre, large et pénétrant profondément sa substance; là le tissu est légèrement friable. Ces grandes taches sont surtout plus nombreuses dans l'épaisseur du lobe droit et à sa circonférence. En incisant parallèlement au grand axe du foie des tranches minces de cet organe, on trouve, mais seulement dans l'épaisseur des taches, de petites *gouttelettes purulentes*, disséminées comme des grains de chènevis, et en foyers isolés; les unes semblent contenues dans l'épaisseur même du parenchyme, les autres dans de petites divisions vasculaires où on peut les suivre dans une étendue de 1 à 2 centimètres; les dimensions plus considérables que présentent quelques-unes de ces dernières nous ont permis de voir des coagulations fibrineuses aux limites des foyers. Une de ces collections semble, au premier abord, contenue dans une veine d'un certain volume; cependant la membrane interne est saine et le pus en est isolé par une fausse membrane qui le circonscrit entièrement. On ne peut distinguer aucune lésion dans les vaisseaux de moyen calibre ni dans les divisions principales de la veine-porte, ni enfin dans la *veine cave inférieure*.

Les autres organes, *rein*, *tube digestif*, *cerveau* et ses membranes, sont sains. Plusieurs *articulations* ouvertes n'offrent rien de particulier,

pas même l'articulation scapulo-humérale droite, où le malade avait ressenti quelques douleurs après l'opération...

Ainsi, voilà bien l'ensemble des phénomèmes propres à la diathèse purulente traumatique, et, dans cet ensemble, deux attributs ordinaires et importants : le début insidieux des symptômes, le caractère latent des lésions.

On voit le mal se trahir à peine, sous l'influence à peu près immédiate de la cause traumatique, par un mouvement fébrile obscur, mais persistant, par l'anorexie, la faiblesse, l'indifférence, l'aspect terne et subictérique du visage. C'est en vain que l'on pratique l'inévitable amputation retardée par la résistance du malade ; l'arrêt est déjà prononcé, le couteau de l'opérateur ne pourra qu'ajouter à la fatalité de la sentence. Le drame pathologique marche et se développe sans autres indices plus directement révélateurs. Les grands frissons, que beaucoup de chirurgiens regardent comme le cortége nécessaire de l'invasion morbide, manquent pendant plus d'un mois. Néanmoins, le mouvement fébrile accuse la rémittence par la variation de la chaleur animale et des mouvements du pouls, et par le caractère erratique des sueurs profuses. C'est alors seulement, à l'apogée de la maladie, que les frissons apparaissent et se soutiennent pendant quelques jours : ils sont très-irréguliers, tantôt portés jusqu'au tremblement convulsif et prolongé, tantôt réduits à un simple refroidissement éphémère; parfois remplacés par des sueurs abondantes généralisées ou partielles, laissant à leur suite non point une diminution dans l'état des symptômes, mais plutôt une débilitation plus considérable. Quant à la plaie du membre amputé, elle n'offre aucune tendance à la cicatrisation : les chairs du moignon pâlissent, la suppuration se tarit, la peau et les muscles se

rétractent, l'os fait saillie. Enfin, le malade conservant toujours son intelligence, mais ne sortant pas de son indifférence et ne se réveillant pas de sa torpeur, tombe dans le collapsus putride, dernière période de cette longue agonie.

Pendant ce temps, les lésions accomplissent en silence leur travail de désorganisation souterraine. C'est seulement au moment même de l'amputation que l'on s'aperçoit de la présence d'un phlegmon suppuré qui a déjà disséqué une partie des muscles de la jambe, alors seulement que l'opérateur, après avoir entamé la peau du cou-de-pied, est obligé de porter successivement le couteau au-dessus des malléoles et au-dessous du genou; c'est enfin après l'autopsie du cadavre, que l'on découvre ce vaste foyer de suppuration abdominale caché profondément sous la voussure du diaphragme, et dans lequel baigne la rate avec son pédicule vasculaire transformé en partie en pus. Retenons, en passant, au point de vue anatomo-pathologique, l'exacte circonscription du foyer purulent par les fausses membranes du kyste péritonéal et par le caillot intra-veineux; la couche pyogénique continue tapissant l'intérieur de ce foyer et la paroi des viscères qui la formaient; la transformation purulente complète d'une partie du parenchyme de la rate, et les évolutions évidentes de ce même travail dans le coagulum sanguin enkysté de la veine splénique, etc., etc.

Ce fait n'a pourtant rien d'exceptionnel ou d'insolite : il se range très-naturellement dans la forme commune de la diathèse purulente traumatique, c'est-à-dire dans la forme que l'on voit se manifester le plus fréquemment après les blessures graves ou les grandes opérations dans les salles de chirurgie; mais il s'en faut de beaucoup toutefois que, même dans ces cas ordinaires, la maladie marche à son terme avec une telle lenteur.

Inutile de dire que la rapidité ou l'intensité des accidents qui sont le fait de la diathèse, n'ont pas, en général, de rapport proportionnés à l'étendue ou à la gravité des désordres traumatiques qui la mettent en jeu. Nous avons vu, d'une part, une simple piqûre de lancette, une écorchure insignifiante de la peau par le fragment d'un os de viande de boucherie, developper une forme ataxique en peu de jours mortelle; d'autre part, une blessure violente produite par une arme à feu accompagnée de fracture en étoile des os du crâne, n'occasionner qu'une forme bénigne avec quelques abcès multiples et disséminés bientôt suivis de guérison (1). C'est, encore une fois, que la *cause* externe n'éveille qu'une prédisposition variable et ne constitue point la *maladie*.

Ainsi les faits qui composent le domaine de la diathèse purulente sont fréquemment méconnus tout à la fois — dans l'unité de leur essence morbide — dans la hiérarchie de leurs rapports — et dans la diversité de leurs manifestations. Nous avons établi d'une manière incontestable qu'ils sont chaque jour l'objet de dissentiments nombreux et de méprises regrettables. Pour arriver au terme de notre tâche, il reste à démontrer, dans une dernière partie, combien les préjugés introduits dans la science, après avoir si peu satisfait aux exigences de l'observation, compromettent plus directement les intérêts de la pratique. Il faut donc maintenant juger l'arbre à ses fruits.

JULES DAVASSE.

— La suite prochainement. —

(1) V. *Gaz. méd.* 1845.

NOSOLOGIE ET SÉMÉIOTIQUE

DE LA DYSPEPSIE

ESSAI NOSOLOGIQUE

— Suite (1) —

La dyspepsie n'est pas toujours une maladie, mais très-souvent, le plus souvent peut-être, un syndrôme, c'est-à-dire un ensemble de symptômes élémentaires, commun à plusieurs maladies.

Pour démontrer cette proposition, il faut prouver : 1° que la dyspepsie se développe sous l'influence d'états morbides très-divers; ce sera la partie nosologique de ce travail; 2° que dans chaque maladie, la dyspepsie revêt des caractères différents, et qu'ainsi le symptôme peut être converti en signe; ce sera la partie séméiologique.

La dyspepsie se développe sous l'influence d'états morbides très-divers.

Notre critique précédente a déjà peut-être suffisamment démontré la vérité de cette assertion, il convient toutefois de l'appuyer de preuves nouvelles; il sera ensuite nécessaire de préciser les maladies dans lesquelles on rencontre la dyspepsie, et de tenter sur cette base une classification naturelle de la dyspepsie et des états morbides qui en sont la source.

I. M. Jolly déclare, comme M. Guipon le rappelle dans son ouvrage (p. 4), que « les mots *gastralgie* et *gastro-entéralgie* n'expriment nullement une maladie simple et identique, mais bien un état complexe et mul-

(1) Voy. *Art médical*, juin 1865.

tiple, un ensemble de phénomènes morbides, variables dans leurs causes, leurs symptômes, leur nombre, leur durée, leur traitement. »

Nous avons vu que la sagacité du clinicien a souvent arraché à ce dernier auteur des aveux qui le ramènent à la vérité, nous ne les rappellerons pas; citons seulement cette phrase qui termine son étude nosographique des variétés de la dyspepsie : « Que de médecins, que d'auteurs même désabusés, découragés par la notion de la dyspepsie simple en présence de *ces collections* en apparence *incohérentes de symptômes*, se sont pris *à douter de la réalité, de la légitimité du type générique* lui-même!..... » (Page 152.)

Nous le croyons bien : en effet, sous le nom de dyspepsie, on a groupé des symptômes très-multiples, très-différents les uns des autres, souvent opposés, et réclamant en conséquence les médications les plus diverses et souvent contraires. Est-il possible de confondre en une même espèce des affections aussi différentes que la dyspepsie liée à une affection accidentelle du tube digestif, qui peut être elle-même inflammatoire, nerveuse, organique, offrir en outre les plus grandes variétés de siége, et la dyspepsie qui résulte d'états morbides généraux et très-divers, comme celle qu'on observe dans les empoisonnements chroniques, dans la chlorose et les névroses graves, dans les diverses maladies constitutionnelles et diathèses, et dans les cachexies, toutes classes de maladies qui diffèrent essentiellement entre elles?

II. La dyspepsie, c'est l'ensemble des phénomènes sensibles qui traduisent un état anormal des fonctions digestives; mais combien varient les formes, le siége et la nature de cet état anormal! Au point de

ue de la lésion, l'affection du tube digestif peut consis-er dans une simple hyperémie, une congestion, une inflammation, diverses lésions du tissu (épaississement, ulcération), une névralgie, une névrose avec atonie ou avec accidents spasmodiques, avec exagération, diminution ou altération des sécrétions. Le siége peut varier d'une extrémité à l'autre du système; il peut en occuper presque toute l'étendue ou une partie plus ou moins restreinte. Quelquefois les divers tissus organiques peuvent être affectés, le plus ordinairement ce sont des tissus isolés ou même de simples éléments dans ces tissus, comme l'élément glanduleux; au moins existe-t-il habituellement une lésion partielle dominante; d'autres fois, enfin, l'affection réside plus spécialement, soit dans les vaisseaux qui se distribuent au tube digestif, soit dans les plexus nerveux qui entourent et animent ses diverses parties.

Quoi qu'il en soit de la forme et du siége de l'affection locale, sa nature nous offre encore des différences plus importantes à considérer; et c'est là surtout l'origine des différences radicales qui séparent ce qu'on a dénommé à tort les variétés de la dyspepsie, ce qu'on doit appeler les états morbides variés auxquels se rapportent certains groupes de phénomènes.

III. Une première différence à établir est la suivante : tantôt l'état dyspeptique se rattache à une *affection du tube digestif* (congestion, phlegmasie, ulcère, névrose), et *constitue toute la maladie;* tantôt il dépend d'un état morbide, *étranger au tube gastro-intestinal.* Quelquefois, alors, c'est une affection chronique grave du cerveau ou du foie; mais c'est le plus souvent, soit une de ces grandes révolutions physiologiques, sorte d'intermédiaire à la santé et à la maladie, comme la grossesse

et la dentition, etc., soit une maladie dite générale (empoisonnements chroniques, névroses graves, maladies constitutionnelles ou diathésiques, cachexies).

a. Les *affections du tube digestif* dans lesquelles on observe les phénomènes dyspeptiques sont : l'indigestion, la gastro-entérite subaiguë, l'ulcère simple, la gastro-entéralgie, les gastroses ou névroses du tube digestif avec ou sans accidents spasmodiques, avec ou sans troubles des sécrétions. Quant aux phénomènes dyspeptiques, ils sont en rapport à la fois avec la maladie elle-même et avec les causes qui les ont déterminées; généralement, en effet, ces causes, de nature diverse, impriment chacune à ces troubles une physionomie spéciale; ces affections peuvent se ranger sous trois classes principales : 1° celles qui se rattachent à des causes *chirurgicales :* ce sont, d'une part, les commotions, contractions, plaies et brûlures; d'un autre côté, les corps étrangers, la compression et l'expansion de la hernie; 2° celles provenant de causes *directes* ou *pathogénétiques* qui comprennent : les empoisonnements par des doses modérées de substances douées d'une action élective sur l'estomac, l'abus des vomitifs et des purgatifs, l'abus des condiments, des liqueurs alcooliques, du thé et du café et autres substances douées d'une action irritante sur le tube digestif, une alimentation trop grossière ou trop abondante, ou exclusivement composée de substances grasses, farineuses ou acides, l'emploi intempestif des glaces, etc., etc.; 3° celles qui sont l'effet de causes *indirectes* ou *hygiéniques :* celles-ci agissent d'une manière indirecte sur l'économie et amènent secondairement un état morbide du système gastrique; elles sont très-nombreuses et peuvent se résumer sous les chefs suivants : excès de toute nature, en dehors de ceux de l'alimentation; vie trop sédentaire, préoccupa-

tions trop vives ou trop continues, émotions diverses, irrégularité des repas, action trop prolongée d'un air froid et humide, surtout après avoir mangé, marche ou étude forcées dans les mêmes conditions.

On pourra dire que les causes hygiéniques énumérées se retrouvent à l'origine et dans le cours de presque toutes les dyspepsies chroniques et que cela justifie, jusqu'à un certain point, la fusion de ces dyspepsies diverses dans une même maladie. Nous admettons le fait, mais non la conséquence qu'on en veut tirer : il faut établir, en effet, cette importante distinction, que, dans les cas dont nous venons de parler, les causes sont *essentielles*, déterminantes, tandis que, dans les dyspepsies dont il nous reste à nous entretenir, ces causes sont *occasionnelles* et déterminent seulement la localisation passagère ou durable de l'état morbide général sur le tube digestif. Ajoutons que, dans le premier cas, il suffit ordinairement d'éloigner les causes pour obtenir, avec l'usage des remèdes souvent fort simples, la guérison de la dyspepsie, tandis que, dans les circonstances qui nous restent à examiner, l'éloignement de la cause et l'hygiène n'offrent qu'un palliatif insuffisant contre le retour des phénomènes morbides.

b. La dyspepsie liée à ces *affections du tube digestif* qu'on observe pendant la durée d'une de ces grandes *révolutions physiologiques de l'économie*, constituant une sorte d'état intermédiaire à la santé et à la maladie, est celle qu'on observe : 1° pendant la *dentition*, où elle prend quelquefois cette forme grave connue sous le nom d'entérite grave des enfants à la mamelle, et que M. Guipon, avec plus de raison, appelle *dyspepsie intestinale acide;* 2° dans le cours de la *grossesse :* celle-ci est bien connue par la facilité et la fréquence des vomissements qui la caractérisent; mais c'est alors aussi qu'on

observe le plus souvent cette forme grave bien décrite par Chomel sous le nom de *dyspepsie acide grave;* 3° les troubles gastriques qui signalent l'*établissement* plus ou moins difficile de la *menstruation* ou l'époque de la *ménopause;* 4° enfin celles qu'on observe si souvent dans les *convalescences;* état physiologique particulier, qui constitue le passage de la maladie à la santé.

c. Des dyspepsies en plus grand nombre sont liées à des *affections chroniques du tube digestif* (gastro-entérites chroniques et plus souvent gastroses de diverses sortes, congestion et embarras de la veine-porte, affection des nerfs qui se distribuent aux organes de la digestion); lesquelles affections sont elles-mêmes sous la dépendance de *maladies étrangères au système digestif.* Ces maladies affectent quelquefois des organes importants, comme le *cerveau* et le *foie;* mais ordinairement ce sont des états morbides que l'on peut ranger sous les chefs suivants :

1° Maladies *médicamenteuses* et intoxications chroniques, comme l'état morbide qui résulte de l'alcoolisme, de l'usage prolongé et abusif des préparations mercurielles, iodiques, arsenicales, saturnines, quiniques, opiacées, de l'absinthe, etc.;

2° *Névroses graves*, comme l'*hystérie*, l'*hypochondrie* et certains *états névropathiques généraux* difficiles à dénommer et à classer;

3° Maladies chroniques, qui sont caractérisées par une *altération* considérable des *qualités du sang* ou des *urines*, comme la *chlorose*, la *maladie de Bright*, le *diabète.*

4° Maladies *constitutionnelles*, parmi lesquelles il faut noter surtout : la *dartre*, la *scrofule*, le *rhumatisme*, la *goutte ;*

5° *Diathèses : cancer*, *tubercules;* diathèses *vermineuse* et *veineuse;* dans celle-ci rentre l'affection décrite par

les Allemands sous le nom de *pléthore veineuse abdominale*, et l'*état hémorrhoïdaire ;*

6° *Cachexies* diverses.

IV. La division que nous venons d'établir ici est essentiellement fondée sur l'étude des faits, dégagée de tout esprit de système; mais elle a ses racines dans la tradition qui nous en fournit tous les éléments, sauf les modifications introduites par le progrès de la science et de l'analyse clinique. Cela est surtout vrai, en ce qui concerne les rapports qui unissent la dyspepsie aux états généraux de l'économie. Ces rapports n'ont pas échappé, en effet, à un grand nombre d'écrivains; seulement peu d'efforts sérieux ont été tentés pour instituer nettement les caractères spéciaux de chacune des variétés essentielles de la dyspepsie. Sauvage et J. Frank ont marché dans la voie que nous venons de signaler; mais c'est surtout dans Cullen, ou plutôt dans les notes de Bosquillon, que la division dont nous parlons a été le plus nettement posée : la dyspepsie reste, pour ces auteurs, une maladie, quelquefois idiopathique, plus souvent symptomatique.

Après avoir établi cette division de la dyspepsie en idiopathique et symptomatique, Bosquillon dit avec raison : « La dyspepsie idiopathique est rare. » Et plus loin : « On doit toujours conclure que la dyspepsie est symptomatique, lorsque la maladie résiste aux remèdes ordinaires et est de longue durée. » — Remarques d'une parfaite justesse.

Pour Cullen, la dyspepsie *idiopathique* renferme les variétés suivantes : pituiteuse, flatulente, faiblesse de l'estomac par excès d'aliments. Il distingue les secondes en dyspepsies *symptomatiques* proprement dites, renfermant : les squirrhes, les ulcères, les corps étran-

gers, la compression, les hernies, l'inflammation de l'estomac, et en *sympathiques*, dont il admet 10 espèces : fébrile, paralytique, hypochondriaque, hystérique, chlorotique, cataméniale, hémorrhoïdale, cachectique, arthritique et néphrétique (1).

De cette exposition même, faite par Bosquillon, nous devons conclure que la dyspepsie est le plus souvent un syndrôme ou une collection de symptômes d'une affection des voies digestives, et que dans la dyspepsie dite idiopathique, cette affection est une névrose ou une inflammation modérée, déterminée par les causes que nous avons nommées indirectes ou hygiéniques. Les dyspepsies qu'il appelle symptomatiques proprement dites rentrent, sauf le cancer, dans celles que nous avons rangées sous le nom de dyspepsies liées à des maladies du tube digestif provenant de causes chirurgicales et de causes directes ou pathogénétiques.

C'est dans la classe de dyspepsies, rapportées par nous à une maladie étrangère au tube digestif, que rentrent la plupart de celles que Bosquillon appelle sympathiques ; mais, parmi elles, il en est que nous ne saurions admettre et il y en a d'autres qui manquent.

Le point délicat ici est de ne pas confondre sous le nom de dyspepsies, les symptômes d'une affection réelle et durable du tube gastro-intestinal, avec les troubles passagers et sympathiques qu'on observe du côté des voies digestives dans presque toutes les maladies, quand elles ont acquis un certain degré d'intensité. La dispepsie, que nous avons ici en vue, constitue si peu un accident passager et sympathique, qu'elle se montre surtout pendant l'absence ou l'affaiblissement d'autres manifestations de la maladie sur le reste de l'économie.

(1) Cullen, *Médecine pratique*, II, p. 378 à 393.

C'est précisément quand la goutte, la dartre, la scrofule, la maladie hémorrhoïdaire, sévissent le moins sur leurs lieux d'élection, articulations, peau, glandes, vaisseaux du rectum, que le tube digestif subit plus spécialement leurs atteintes. On peut répéter, pour les affections symptomatiques du tube digestif, ce qu'a dit M. Bazin pour les affections cutanées : « Elles marquent une période, une phase d'évolution de l'unité pathologique dans la maladie constitutionnelle. »

D'après ces considérations, nous n'avons point admis les dyspepsies *fébriles* et *paralytiques* de Cullen. Il y a, en effet, dans toutes les fièvres, un trouble des fonctions digestives, comme il y a un trouble des diverses fonctions de l'économie; de même, dans les états paralytiques, il existe un affaiblissement de l'action des organes digestifs qui concorde avec la faiblesse de tous les autres systèmes. Quant à la dyspepsie *néphrétique* ou plutôt *calculeuse*, nous croyons qu'elle n'est qu'une variété de la dyspepsie *goutteuse.*

V. D'autre part, aux genres admis par Bosquillon, nous ajoutons : 1° la dyspepsie liée à une *affection chronique grave du cerveau ou du foie;* M. Guipon signale avec raison ces dyspepsies spéciales : on les observe, dit-il, dans l'inflammation chronique de ces organes, leur ramollissement partiel ou disséminé, ou leur engorgement, les tumeurs qui s'y développent; et alors les accidents gastriques sont en quelque sorte le prélude, le symptôme initial plus ou moins prolongé de la maladie. Resterait à déterminer si, comme nous avons quelque tendance à le croire, ces lésions cérébrales ou hépatiques ne sont pas elles-mêmes sous la dépendance d'une maladie constitutionnelle ou diathésique. Toutefois, elle ne constituerait pas moins une variété

nécessaire à signaler, à raison des phénomènes spéciaux qui la caractérisent.

2° La dyspepsie déterminée par l'abus de substances employées à doses *toxiques* mais modérées et trop longtemps continuées : ici nous trouvons l'*alcoolisme* et les *maladies médicamenteuses*. Les auteurs modernes n'oublient pas de noter ces sortes d'empoisonnement parmi les causes de la dyspepsie essentielle (1); il faut, il nous semble, une volonté bien arrêtée de fermer les yeux à la lumière des faits cliniques, pour ne pas voir dans ces troubles gastriques un groupe spécial de phénomènes symptomatiques de l'état morbide général produit par un *empoisonnement chronique*.

3° La dyspepsie liée à certaines *maladies dites générales*, plus ou moins graves, dans lesquelles on trouve, comme un phénomène constant et caractéristique, une modification notable dans les qualités des liquides de l'économie, soit dans celle du sang, comme chez les *chlorotiques*, soit surtout dans celles des urines, comme chez les sujets affectés de la *maladie de Bright* ou du *diabète* : dans ces maladies, c'est M. Guipon, qui l'affirme et qui en fournit des observations, des symptômes dyspeptiques précèdent souvent tous les autres; il ne s'agit donc pas ici de phénomènes ultimes, comme ceux qu'on observe dans les états cachectiques, mais d'une dyspepsie spéciale à ces maladies, et marquant une phase particulière dans leur évolution.

Nous rapprochons de ces dyspepsies celle qu'on observe souvent chez les sujets soumis, quoique depuis peu de temps, à l'*impaludation;* Bosquillon qui la signale comme une des variétés de dyspepsie fébrile, affirme « qu'elle persiste opiniâtrement après les accès

(1) Guipon, *loc. cit.*, p. 33.

de fièvre intermittente, et annonce l'imminence d'un retour de ces accès. »

VI. Nous rapprochons les dyspepsies liées à l'*hystérie* et à l'*hypochondrie*. Il me paraît évident, dit Cullen (III, p. 360), que les paroxysmes hystériques commencent par une affection spasmodique et convulsive du canal alimentaire qui de là se communique au cerveau et au reste du système nerveux.... La maladie paraît commencer par le canal alimentaire. » (Cullen, II, p. 368).

Quant à l'*hyponchondrie*, le même auteur dit avec raison : « Quoique le corps et l'esprit soient toujours affectés chez les hypochondriaques, les principaux symptômes se manifestent dans les organes de la digestion. » Toutefois Cullen établit plus loin, avec le plus grand soin, la différence qui existe entre la véritable dyspepsie des hypochondriaques et toute autre dyspepsie qui s'accompagne habituellement d'un certain degré de tristesse et de mélancolie.

VII. Arrivons aux dyspepsies peut-être les plus communes, celles dont l'origine est la plus discutée, parce qu'elle est souvent obscure, aux dyspepsies *essentiellement chroniques* et *les plus rebelles* à la thérapeutique; nous voulons parler de celles qui sont liées à l'existence des *maladies constitutionnelles* et des *diathèses*. On connaît le caractère principal qui distingue ces deux ordres de maladies : les premières donnent lieu, dans leur longue évolution, à une *série* et un *ensemble de productions morbides et d'affections très-variées*, sévissant indistinctement sur les divers systèmes organiques, tandis que les *diathèses* sont caractérisées par la formation d'*un seul produit morbide* qui peut aussi avoir son siége dans les divers systèmes organiques. Parmi les maladies constitution-

nelles, celles où la dyspepsie joue un rôle important, sont : la *dartre*, la *scrofule*, le *rhumatisme* et la *goutte* ; dans les maladies diathésiques nous trouvons : le *cancer*, le *tubercule*, les diathèses *vermineuse* et *veineuse* (1).

Le lien intime qui unit la dyspepsie aux deux ordres de maladies dont nous parlons, a été aperçu, reconnu même par la plupart des auteurs anciens : tous parlent de rhumatisme, de goutte, de dartre, qui peuvent se jeter sur l'estomac ; mais il en est peu qui aient su reconnaître le véritable rapport qui existe entre l'affection gastrique et la maladie constitutionnelle, à savoir : que cette affection tient un rang, a un rôle déterminé dans le cours et l'évolution de ces maladies à longues périodes. Ce que Tessier avait enseigné pour tant d'affections secondaires, ce que M. Bazin a depuis si nettement démontré pour les affections cutanées, existe aussi bien pour les affections gastro-intestinales. C'est ce que ne veulent pas comprendre les médecins de l'école organicienne, c'est ce que n'avait pas compris M. Baumès, quand il rapportait cette observation, pourtant si démonstrative, en faveur de la thèse de M. Bazin et de la nôtre.

« Un client, sujet à une assez forte migraine depuis l'âge de la puberté, commença à se plaindre, à 22 ans, de maux d'estomac, de mauvaise digestion. La migraine disparut. L'année suivante, une bronchite avec expectoration et oppression se montra, et la gastralgie cessa. Le printemps qui suivit, des dartres squameuses, par plaques circulaires, apparurent sur différents points, en même temps que la bronchite cessait. Les dartres durèrent l'espace de trois années.

(1) La *diathèse vermineuse* est-elle une diathèse ? et la *diathèse veineuse* nous semble être la maladie *constitutionnelle* des hémorrhoïdaires. (*Note de la Rédaction.*)



« A cette époque, le malade revint me consulter pour une douleur forte, avec léger gonflement, qui s'était manifestée dans le genou droit et qui avait été précédée d'une douleur et d'un gonflement semblable dans le genou gauche. Le malade m'avoua qu'il avait consulté un praticien distingué de Lyon, qui ne s'était jamais prononcé sur la nature des affections différentes qui se produisaient dans diverses régions. Mais dernièrement il avait revu ce médecin qui lui avait déclaré reconnaître actuellement que toutes les affections successives qu'il avait présentées étaient dues à un rhumatisme.

« C'était aussi mon avis, mais je me demandais sur quoi pouvait se baser l'opinion autrefois si incertaine, maintenant si positivement exprimée par ce praticien, et comment ce rhumatisme avait pu tour à tour se faire migraine, gastralgie, bronchite, dartres et gonflement de l'articulation du genou. » (1).

Avec M. Bazin nous dirons que nous ne partageons pas l'embarras de M. Baumès et que nous voyons dans ces diverses affections autant de phases successives d'une même maladie.

VIII. En ce qui concerne l'influence de la maladie *dartreuse* sur la dyspepsie, il convient de rappeler d'abord cette appellation d'*impétigines gastriques* donnée par Sauvage à une de ces classes de maladies de la peau, exprimant ainsi le rapport manifeste dont il reconnaissait l'existence entre les dartres et la dyspepsie. Dans ses execellentes *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, M. Bazin s'exprime ainsi : « Les auteurs ont signalé l'influence d'un certain état gastralgique ou entéralgique sur le développement du

(1) *Précis des diathèses*, p. 278.

lichen. Mais on a méconnu les véritables liens qui rattachent ces phénomènes nerveux aux symptômes cutanés : dans ce cas, gastralgie et affections de la peau sont des manifestations d'un même état morbide : la diathèse (l'auteur veut dire la maladie herpétique). C'est le même rapport qui existe, dans la syphilis, entre les douleurs ostéocopes ou rhumatoïdes et les affections cutanées. » (P. 286) Et plus loin : « Tous les observateurs ont signalé chez les malades atteints d'eczéma chronique un certain nombre d'affections : inflammation gastro-intestinale, asthme, catarrhes, angines, gastralgies et autres névroses. Ils ont constaté aussi les relations qui existent souvent entre ces différentes affections et l'eczéma. Celui-ci s'aggrave ou récidive, quand les premières diminuent ou disparaissent. Nous avons pu vérifier l'exactitude de ces faits ; mais, lorsqu'il s'agit de les interpréter, nous différons de l'avis de la plupart des auteurs. Ceux-ci ne virent dans ces affections que des phénomènes purement sympathiques ou des complications survenues accidentellement dans le cours de l'eczéma ; quant à nous, nous considérons, au contraire, ces différentes affections comme autant de symptômes d'une seule maladie constitutionnelle qui se manifeste successivement ou simultanément sur la peau, les poumons, les muqueuses, les nerfs, etc. »

On ne saurait être plus net et plus explicite que ne l'est ici M. Bazin, si parfaitement d'accord lui-même avec les doctrines de *l'Art médical*. Un autre médecin contemporain, que la spécialité de ses études et de sa pratique a mis sur la voie de la vérité, sans toutefois la lui faire découvrir tout entière, M. Durand-Fardel, à l'occasion du traitement de la dyspepsie, fait l'observation suivante qui confirme indirectement la thèse que nous soutenons : « Un point qui m'a paru ressortir

clairement des faits observés, est celui-ci : que les eaux minérales, non spéciales pour la dyspepsie, peuvent réussir assez bien à guérir les phénomènes dyspeptiques, lorsque ceux-ci accompagnent les conditions auxquelles ces eaux minérales s'adressent plus spécialement.... Ceci s'applique surtout aux eaux sulfureuses. Il est certain que parmi les malades herpétiques, lymphatiques, catarrheux, qui se trouvent près des sources sulfurées, un grand nombre sont dyspeptiques, et que fort souvent aussi leur dyspepsie se trouve très-bien de la médication sulfureuse » (1).

IX. Il n'est pas jusqu'à M. Guipon qui n'ait entrevu à certains moments la vérité que nous cherchons à mettre ici en toute lumière : « C'est encore ici, dit-il, le lieu d'avertir le praticien qui se trouve en face d'une dyspepsie opiniâtre, essentielle ou paraissant telle, de ne pas négliger l'étude de la solidarité pouvant exister entre les troubles digestifs et quelque principe constitutionnel diathésique : syphilis, vice strumeux, herpétique, rhumatismal. C'est la plus heureuse et la plus féconde des découvertes dans les maladies chroniques rebelles, que celle d'une influence générale, latente, dont la réalité est établie non sur de vagues hypothèses, mais sur les procédés rigoureux de l'analyse clinique comme on la comprend de nos jours. Un traitement institué d'après ces données conduit souvent aux plus beaux résultats » (2). C'est fort bien dit ; mais nous savons combien peu l'esprit de l'ouvrage est en rapport avec les idées exprimées dans ce paragraphe ; notons toutefois, comme preuve du peu d'attention que M. Guipon a apporté à l'étude de cette intéressante question, la

(1) Durand-Fardel, *loc. cit.*, p. 537.
(2) *Traité de la dyspepsie*, p. 256.

singulière introduction que nous ne saurions admettre, de la syphilis parmi les maladies à symptômes dyspeptiques, tandis qu'il omet de signaler la maladie constitutionnelle dans laquelle la tradition s'accorde à reconnaître les relations les plus intimes avec les affections du tube digestif, nous voulons parler de la *goutte*.

Voici en effet la définition que Cullen donne de la goutte : « Morbus hæreditarius, oriens sine causa ex- « terna evidente, sed præeunte plerumque ventriculi affec- « tione insolitâ ; dolor ad articulum...., per intervalla re- « vertens, et sæpe cum ventriculi, vel alterarum partium « internarum, affectionibus alternans. » (*Médecine pratique*, I, p. 458.) Un peu plus loin on lit (p. 467) : « La goutte atonique se manifeste par l'atonie de l'estomac ou d'une autre partie interne ; elle survient sans l'inflammation des articulations, à laquelle on doit s'attendre ; ou bien elle n'est accompagnée que de légères douleurs des articulations, et de peu de durée, auxquelles succèdent souvent tout à coup la dyspepsie ou d'autres symptômes d'atonie. »

Hufeland, cherchant à différencier la goutte du rhumatisme, dit que celui-ci n'est pas essentiellement lié à des désordres de la digestion, tandis que « la goutte coïncide toujours avec des dérangements de l'appareil digestif » (1). Plus loin, parlant de la goutte chronique et anomale, il dit : « Le plus souvent la goutte reste dans les viscères et les nerfs du bas ventre (qui sont, à proprement parler, *son officine*), d'où il résulte des maladies chroniques des organes digestifs et abdominaux, particulièrement l'hypochondrie et autre affections nerveuses (ce qui fait qu'un seul accès de podagre enlève souvent ces dernières) » (2).

(1) Hufeland, *Médecine pratique*, p. 175.
(2) P. 476.

Enfin le professeur Graves, ce clinicien si clairvoyant, n'a pas méconnu le lien positif qui unit à la goutte les affections du tube digestif, comme nous le verrons un peu plus loin.

Si nous avons autant insisté pour prouver la réalité de l'union intime de la dyspepsie et de la goutte, c'est que cette union, qui nous est confirmée par la pratique de chaque jour, explique mieux que toute autre cause l'opiniâtreté d'un si grand nombre d'affections dyspeptiques dans l'époque actuelle et dans les grandes villes où se réunissent les circonstances les plus favorables et au développement de la maladie goutteuse et à sa localisation de préférence sur les voies digestives. Cette liaison admise, nous comprenons mieux aussi comment les causes prédisposantes et occasionnelles de la goutte et les causes dites indirectes ou hygiéniques de la dyspepsie sont les mêmes, et comment la même hygiène préventive est précisément recommandée; enfin, nous nous rendons mieux compte aussi de ce fait que les eaux minérales, appelées, par M. Durand-Fardel, spéciales dans le traitement de la dyspepsie, sont en même temps celles qui sont généralement recommandées contre la goutte.

X. Dans le *rhumatisme* et dans la *maladie scrofuleuse*, les affections du tube digestif ne se présentent pas d'une manière aussi constante que dans les deux maladies dont nous avons parlé; au moins leur passage est-il plus court et leur disparition plus facile, soit d'une manière spontanée, soit par l'influence des remèdes. Ces dyspepsies ne paraissent même pas avoir été reconnues par les anciens; mais une observation clinique attentive permet d'en trouver de nombreux exemples. M. Bazin, sous le nom commun d'arthritis, confond à tort, nous

le croyons, le rhumatisme avec la goutte, mais enfin il admet que la première maladie, aussi bien que la seconde, peut être le principe d'arthritides, c'est-à-dire d'affections spéciales de la peau ou des membranes muqueuses. Nous avons vu plus haut que M. Guipon lui-même a publié une belle observation de dyspepsie rhumatismale. Nous croyons que, si ces dyspepsies rhumatismales et scrofuleuses n'ont pas été autant remarquées, c'est que, d'une part, elles sont, comme nous l'avons dit, moins communes et moins durables; que, d'autre part et à l'inverse de ce que nous avons vu pour la dartre et la goutte, elles affectent rarement la forme chronique, et qu'enfin elles se montrent rarement isolées de toute autre affection rhumatismale et scrofuleuse.

Le professeur Graves appelle l'attention de ses élèves sur les rapports qui unissent les affections du système digestif au rhumatisme, à la goutte et à la scrofule, et il place dans le foie la lésion initiale et fondamentale: « Il n'est personne, dit-il, qui n'ait maintes fois constaté la fréquence des inflammations viscérales, pendant le cours des phlegmasies articulaires; en général, ce sont les tissus similaires, (péricarde, cœur), qui sont successivement compromis. Il peut arriver néanmoins que le viscère intéressé ne présente avec les jointures qu'une très-faible analogie histologique. C'est ainsi que, dans le rhumatisme et dans la goutte, l'estomac, les intestins, les poumons ou le foie, sont le siége de déterminations fréquentes; mais aucun de ces organes n'est plus exposé que le foie. Il n'y a rien là qui doive nous surprendre, si nous considérons les rapports intimes qui unissent l'inflammation des articulations et la fonction digestive. En fait, la plupart des médicaments dont nous reconnaissons l'efficacité dans les phlegmasies articulaires

sont remarquables par l'influence qu'ils exercent sur les sécrétions de l'intestin et du foie: le colchique, par exemple... » (1).

Un peu plus loin, le professeur signale ce qu'il appelle l'*affection scrofuleuse du foie*, et il a soin de dire, après l'avoir décrite avec les phénomènes qui l'accompagnent du côté des voies digestives, que cette affection constitue simplement un des éléments particuliers du groupe symptomatique auquel donne lieu ici la maladie scrofuleuse. Aussi ajoute-t-il : « Il est bien clair que vous ne réussirez pas à guérir cette affection par les préparations mercurielles... avant tout, instituez un médicament capable de modifier l'état général, qui est le point de départ de tous les autres phénomènes. »

XI. A la suite des maladies constitutionnelles, nous avons placé les *diathèses*, comme source d'affections dyspeptiques. Il est inutile d'insister ici sur la diathèse *vermineuse* et sur le *cancer*. On sait que la première se manifeste presque exclusivement chez l'homme, dans les voies digestives; on connaît aussi la fâcheuse prédilection qu'affecte le cancer pour les mêmes organes, en particulier pour l'estomac. La diathèse *tuberculeuse* n'affecte les organes digestifs que d'une manière exceptionnelle, surtout au point de vue des lésions, mais les dérangements fonctionnels sympathiques ne sont point rares.

XII. Quant à la diathèse *veineuse*, elle renferme, comme affections entraînant une dyspepsie très-caractérisée, les *hémorrhoïdes*, et cet état décrit par les Allemands sous le nom de *pléthore veineuse abdominale*. Cette dernière affection a été quelquefois confondue avec la goutte; il est

(1) *Clinique médicale*, I, p. 573.

vrai que celle-ci coexiste souvent avec les troubles et les lésions de la veine porte : « Ainsi, dit Hufeland (*loco cit*, p. 478), il arrive fréquemment que les accès de goutte alternent avec des hémorrhoïdes, ce qui annonce que les deux maladies sont unies ensemble par les liens d'une étroite causalité, et qu'elles tirent leur source du bas-ventre. » Cullen, de son côté, avait déjà dit (*loco cit.*, p. 476) : « On voit, il est vrai, beaucoup d'hémorrhoïdaires attaqués de la goutte, mais les hémorrhoïdes arrivent particulièrement à la suite des congestions de la veine porte. » Du reste, Hufeland sépare aussi radicalement que possible les hémorrhoïdes de la goutte, en affirmant l'existence d'une « maladie hémorrhoïdaire qui est aux hémorrhoïdes ce qu'est la maladie arthritique à la goutte locale extérieure... La maladie hémorrhoïdaire est l'état morbide intérieur qui fait le fond des hémorrhoïdes, celles-ci n'en sont que les symptômes. » Quant à la maladie elle-même, il la fait consister dans la pléthore ou la congestion sanguine du système de la veine porte. Nous croyons qu'il faut remonter au delà, aller jusqu'à une diathèse vasculaire ou au moins veineuse, non encore suffisamment étudiée, mais qui, pour nous, est cliniquement démontrée, et dans laquelle rentrent les affections variqueuses locales des membres et le varicocèle. Qui ignore la fréquence de ces diverses affections variqueuses en dehors des causes locales susceptibles de les expliquer? Les varices n'existent pas seulement aux membres inférieurs, où certaines compressions et les difficultés de la circulation veineuse peuvent être invoquées au point de vue étiologique. Nous avons eu bien des fois l'occasion de saisir les rapports qui unissent ces affections prétendues chirurgicales, et regardées au moins comme absolument locales, avec des symptômes de congestion de la veine porte; aussi sommes-nous

arrivés généralement à amender d'une manière notable les accidents déterminés par les dilatations veineuses chroniques, au moyen des mêmes remèdes qui, comme le soufre, recommandé par Hufeland, modifient très-favorablement les symptômes de la pléthore abdominale. Quoi qu'il en soit, développée dans le système de la veine porte, la diathèse veineuse donne lieu à des symptômes de dyspepsie que nous décrirons, et qui sont généralement d'autant plus prononcés, que l'affection s'établit moins sous la forme d'hémorrhoïdes.

XIII. Enfin, une dernière classe de dyspepsies comprend celles qui naissent sous l'influence des *cachexies* : sous ce nom, nous entendons l'ensemble des phénomènes communs qui caractérisent les dernières périodes des maladies chroniques. Toutes les fonctions sont altérées. Les fonctions intellectuelles peuvent demeurer seules intactes ; mais celles du tube digestif sont toujours, au contraire, atteintes à un plus ou moins haut degré. Il est bien entendu que cette forme de dyspepsie, commune à la dernière période de toutes les maladies chroniques graves, est distincte des formes que nous avons signalées comme propres à certaines maladies constitutionnelles et diathésiques, où les phénomènes dyspeptiques se montrent dans le cours de la période d'état ou dans celle du début et avec des caractères spéciaux pour chacune d'elles. D'ailleurs la gravité de la dyspepsie cachectique domine toutes les autres formes symptomatiques en raison des lésions de tissus, phlegmasies chroniques, ulcérations, dégénérescences variées, qui signalent cette phase ultime des maladies constitutionnelles.

E. Escallier.

— La suite au prochain numéro. —

CAUSERIES CLINIQUES

IX

TRAITEMENT DU DIABÈTE PAR L'ASCLEPIAS VINCETOXICUM.

Dans la *Gazette homœopathique* de Leipsig (*Allg. hom. Zeit.*, VII, 216), le Dr Gentzke a donné sur l'*Asclepias vincetoxicum* ou *Dompte-venin* les renseignements suivants qu'a reproduits la *Bibliothèque homœopathique de Genève*, VIII, 288 :

« Cette plante, qui était jadis officinale, et qui est maintenant tombée dans l'oubli, mérite à mon avis la plus sérieuse attention de la part des médecins homœopathes comme devant avoir une grande action dans certains états morbides. En attendant des travaux complets sur elle, je vais exposer en abrégé les symptômes qu'elle est capable de développer dans l'organisme sain des animaux.

« Dans une épizootie d'une sorte de diabète chez les bêtes à laine, qui a régné, il y a quelques années, dans une partie de l'Autriche, on en considéra comme cause principale l'usage de plusieurs plantes des landes, parmi lesquelles se trouvait l'*asclepias* en très-grande quantité. Pour éclaircir ce fait, on fit des expériences directes à l'école vétérinaire de Vienne, qui changèrent cette présomption en certitude. On donna chaque jour à des moutons plusieurs onces de suc extrait des feuilles de cette plante, et on obtint les symptômes suivants :

« Vertige stupéfiant, sensibilité à la région des reins, démarche gênée, les extrémités postérieures s'écartant trop l'une de l'autre. L'évacuation de l'urine est fréquente, copieuse; le liquide est clair comme de l'eau et sans odeur; la soif est violente; mais, quelle que soit la

quantité de la boisson, celle de l'urine la dépasse. La muqueuse buccale et la conjective sont pâles.

« A l'inspection cadavérique, on trouvait les reins mous; les bassinets étaient pleins de sérum rougeâtre, la muqueuse des uretères et celle de la vessie étaient fort épaissies; la vessie elle-même était très-grande et gonflée par l'urine.

« Comme les médicaments offrent dans leur action beaucoup de rapports entre les hommes et les quadrupèdes, il y a lieu de croire que cette plante, après des épreuves suffisantes, manifesterait une vertu curative notable dans plusieurs maladies des organes sécréteurs de l'urine, en particulier dans le diabète où l'emploi de la scille ou de l'argent reste inefficace. »

Les conjectures du Dr Gentzke ont été confirmées par l'expérimentation clinique. En effet, un de nos confrères a grandement amélioré cinq personnes atteintes du diabète sucré en leur prescrivant *asclepias* 6e.

L'une d'elles, dont l'urine contenait 60 grammes de sucre par litre, a vu la quantité de sucre se réduire à 60 centigrammes par litre, sous l'influence de ce remède.

L'asclépias soulageait rapidement ces malades en diminuant leur soif et aussi en faisant disparaître une très-vive douleur sciatique, qui a été observée chez quelques-uns d'entre eux.

Ces cinq malades étaient plus ou moins manifestement affectés de la goutte. Je crois devoir faire cette remarque, d'abord pour mieux préciser l'indication d'*asclepias*, ensuite pour rappeler qu'il y a le diabète-*symptôme* (glucosurie) et le diabète-*maladie* (véritable diabète), de même qu'il y a l'albumiuurie-*symptôme* et l'albuminurie-*maladie* (1). Je ferai, en outre, remarquer que l'un

(1) Voy. trois articles intéressants du Dr Frédault, sur la diabète, dans *l'Art médical*, t. III, p. 83, 176 et 265.

et l'autre diabète peuvent survenir, le premier comme symptôme dans le cours de maladies fort différentes; le second, comme toute cachexie, à la période ultime d'un état diathésique, ou bien même chez une personne ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé.

Ces considérations font bien présumer que je ne viens pas ici préconiser l'*asclepias*, à titre de spécifique contre le diabète. Il y aura, sans doute, tels ou tels médicaments indiqués contre le diabète, suivant qu'il constituera un symptôme ou une maladie; suivant qu'on l'observera chez des goutteux, des scrofuleux, des tuberculeux, etc.; suivant enfin les symptômes individuels qu'il présentera. Mais on ne trouvera pas de spécifique contre le diabète, précisément à cause de la diversité individuelle de ses symptômes, et surtout à cause de la diversité des états diathésiques dans lesquels on le rencontre.

Les réflexions précédentes nous portent à croire que, alternativement avec l'*asclepias* ou tout autre remède ayant une action élective sur la fonction éliminatrice du sucre, on pourra prescrire avec succès d'autres médicaments indiqués contre les différents états diathésiques des diabétiques. Et ces conjectures ont déjà été confirmées par des résultats, car le *natrum muriaticum*, administré intercuremment chez quelques-uns de nos cinq goutteux diabétiques, a paru favoriser l'action curative de l'*asclepias*.

Dans la pénurie où nous sommes de remèdes manifestement indiqués contre le diabète, j'ai cru devoir signaler l'*asclepias*, bien qu'il n'ait guéri complétement aucun des cinq diabétiques précités. Mais il les a, du moins, tous améliorés. Or, c'est déjà un résultat bien satisfaisant dans une maladie aussi grave. En pareil cas, améliorer, c'est soulager le malade, et, en outre,

prolonger sa vie de plusieurs mois, quelquefois même de plusieurs années. Tel est quelquefois le rôle auquel doit se borner le médecin ; et, d'ailleurs, beaucoup de diabétiques n'en demanderaient pas davantage, prévoyant l'incurabilité de leur maladie.

Un médecin allemand dit avoir souvent trouvé du sucre dans l'urine des gens très-âgés, quoiqu'ils parussent d'ailleurs bien portants. Si cela est vrai, on pourrait peut-être retarder leur fin ou leur affaissement sénil en leur administrant l'*asclepias* ou tout autre remède analogue. D'après M. Claude Bernard, l'usage du sucre dans l'organisme serait de subvenir à la calorification qui fait si souvent défaut chez les vieillards et à laquelle on pourrait ainsi remédier dans une certaine mesure.

Nos cinq diabétiques n'ont jamais pris l'*asclepias* qu'à la sixième dilution. Auraient-ils été plus soulagés, guéris même, s'ils avaient ingéré ce remède à des dilutions plus élevées ou plus basses, à la teinture-mère par exemple ? C'est à l'expérimentation clinique à nous l'apprendre.

Pour préparer la teinture-mère de l'*asclepias* donné à ces malades, on avait mis dans l'alcool la plante tout entière (feuilles, fleurs, tige, racine), contrairement au conseil des pharmacopées homœopathiques qui recommandent de préparer l'alcoolature exclusivement avec les racines de cette plante.

Le docteur Gentzke nous racontait tout à l'heure que les moutons avaient présenté les symptômes d'une sorte de diabète, après avoir ingéré chaque jour plusieurs onces de suc extrait des feuilles de l'*asclepias*. Pour traiter cette maladie chez l'homme, il serait donc plus logique de lui administrer la partie de la plante qui la produit chez les animaux, c'est-à-dire le suc extrait des

feuilles fraîches de cette plante. On pourrait employer cet extrait chez les diabétiques en expérimentant successivement les doses diluées, les doses moyennes, puis les doses massives. Les résultats cliniques nous indiqueraient celles que nous devons préférer.

Les médecins auront-ils souvent l'occasion d'employer l'*asclepias?* Oui, si le diabète se rencontre aussi souvent que l'affirme M. Marchal de (Calvi), dans ses *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète.*

« Le diabète, écrit l'ancien professeur du Val-de-Grâce, est très-commun, aussi commun qu'insidieux; le plus souvent il a été et il est encore méconnu, parce que, généralement, ceux qu'il atteint sont vigoureusement constitués et conservent longtemps leur belle apparence et leur activité. Tout homme gras et robuste, qui mange et boit bien, qui est sujet aux furoncles, qui, surtout, a eu des anthrax, dont le caractère change, qui a les gencives ramollies, qui a souffert de la gravelle, du lumbago, de la sciatique, est suspect d'avoir le diabète, et l'on ne peut trop se hâter de s'en assurer; à plus forte raison s'il maigrit et s'affaiblit. Dans toute maladie à symptômes obscurs, il faut penser au diabète. Dans aucune maladie, l'apparence n'est plus trompeuse que le diabète; dans aucune, la mort n'est plus habile à dissimuler ses coups. »

Le Dr Marchal fait bien d'appeler aussi vivement l'attention des praticiens sur la fréquence du diabète. Car trop souvent on ne recherche, on ne reconnaît l'existence de cette maladie que plusieurs mois, plusieurs années même après son début. Aussi commence-t-on à traiter les malades trop tardivement, alors que l'organisme, lentement épuisé, ne peut plus faire les frais de la guérison.

D[r] GALLAVARDIN,
de Lyon.

CLINIQUE

SARRACENIA PURPUREA DANS LA VARIOLOIDE. — 5 OBSERVATIONS.

Ire OBSERVATION.

Le 11 février 1865, je fus appelé près de J. M..., âgé de 14 ans, employé pour les courses dans un magasin.

Le 9, excédé de fatigue, il fut atteint d'une courbature générale, avec céphalalgie violente, inappétence, nausées, fièvre, soif intense. Cet état s'aggrava pendant deux jours. Lorsque je le vis le 11, il avait eu de l'agitation et du délire pendant la nuit, la langue était sèche et rouge, ainsi que les lèvres; les narines sèches, le visage vultueux, chaleur âcre de la peau, soubresauts des tendons, constipation, hébétude, pouls petit, à 120; je prescrivis : *bell.*, 6 glob., 12e, dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Je pensais avoir à traiter une fièvre typhoïde.

Le lendemain, 12, pas de délire la nuit, un peu moins d'agitation, même état du reste. — Le 13, éruption générale confluente en certains points, surtout au visage de très-petits boutons pointus rouges; en même temps, larmoiement des yeux, toux. Je reconnus la variole; mais, comme le malade avait été vacciné, je pensai que ce devait être la varioloïde; car, sans la vaccination qui avait eu lieu, l'intensité des symptômes, la rapidité et la généralité de l'éruption m'auraient fait diagnostiquer une variole.

Prescription : aconit 12e, 2 gouttes dans 200 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures. Alternant avec *bell.* 6/12.

La fièvre et les autres symptômes persistèrent trois à quatre jours en diminuant d'intensité; les boutons agglomérés grossirent d'abord et se transformèrent en pustules.

Le 17, quatrième jour de l'eruption. Lorsque les symptômes furent assez modérés pour ne plus craindre une affection des méninges, je prescrivis : *sarracenia purpurea*, 3e dilution, 4 gouttes dans 200 gram. d'eau, une cuillerée toutes les trois heures.

Sous l'influence de ce médicament, toutes les pustules confluentes qui tendaient à se réunir en vastes surfaces suppurantes, restèrent au point où elles étaient, c'est-à-dire qu'au lieu de continuer à se réunir entre elles, il n'y eut que celles qui étaient déjà réunies qui furent agglomérées; les autres, quoique contiguës, ne se réunirent pas.

Je continuai l'usage de *sarracenia* seul, à la même dose, jusqu'au 22 février (pendant sept jours). Peu à peu les pustules se couvrirent des croûtes habituelles. L'état du malade était satisfaisant, tous les symptômes s'étaient fort amendés, les selles se rétablirent, l'appétit reparut. Je cessai le sarracenia, et pendant six jours je ne fis qu'une prescription de hepar sulfuris 4/6, pour agir sur la toux et l'enrouement qui fatiguaient le malade.

Le 27, c'est-à-dire cinq jours après avoir cessé le sarracenia et quinze jours après le début de l'éruption, il se fit une éruption nouvelle de pustules par groupes de quatre ou cinq disséminées çà et là sur le tronc, aux lombes, aux jarrets, à la paupière inférieure gauche, pustules qui gênaient beaucoup le malade pour se coucher et dans ses mouvements. Je prescrivis de nouveau *sarracenia*, à la même dose, pendant quatre jours. De nouvelles pustules ne se développèrent plus. Le malade entra en convalescence et ne fut affecté que d'une légère parotite à gauche, terminée par deux très-petits abcès ouverts sur le côté gauche du cou.

Dans cette observation, où le *sarracenia* ne fut administré qu'au quatrième ou cinquième jour de l'éruption, je ne pus constater, comme effet médicamenteux, que l'arrêt de la confluence des pustules qui menaçaient la peau de vastes cicatrices. Il est remarquable que de nouvelles pustules ne se sont pas développées dès l'administration du sarracenia, et qu'il en ait reparu quatorze jours après le début de l'éruption (du 13 au 27). Le malade portait encore le 8 juin les traces rouge-brun de cette éruption, mais sans cicatrices profondes, ni durables. — Au mois d'août suivant on voyait au cou et sur les bras quelques cicatrices superficielles dont la nature varioleuse était facile à reconnaître. Le visage, qui avait été le plus fortement atteint, en était exempt.

IIe Observation.

Le 23 mars 1865, Mlle J. G..., âgée de 11 ans et demi, malaise depuis la veille, était alitée, affectée d'une légère courbature, avec fièvre légère, un peu de toux et d'enrouement. Le lendemain, 24, éruption générale très-abondante de petits boutons pointus rouges ressemblant à la miliaire, mais plus saillants et à base plus dure et plus large; elle existait aussi à la langue et au voile du palais. Je l'avais vaccinée dans son enfance, elle avait une varioloïde. Je prescrivis *sarracenia*, 3e dilution, 3 gouttes dans 200 grammes d'eau, à prendre une cuillerée toutes les deux heures.

Le 25, second jour de l'éruption. Celle-ci persistait; mais, autant que j'en pus juger, aucun nouveau bouton avait paru et tous ceux qui étaient

sortis avaient pâli d'une manière très-remarquable. Je continuai la même prescription pendant sept jours environ. L'éruption, ainsi que tous les autres symptômes, s'était effacée peu à peu, au point qu'il fallait l'avoir vue pour en trouver quelques traces çà et là. Je continuai cinq jours encore le *sarracenia* à la même dose, toutefois en ne donnant que quatre cuillerées par jour, puis trois. La malade alla de mieux en mieux et put sortir le quatrième jour.

Ainsi, le sarracenia, pris dès le premier jour de l'éruption, semble avoir opéré la délitescence de cette éruption varioloïque et de tous les phénomènes accessoires. C'est ce que nous avons déjà vu dans une observation publiée précédemment (1).

Si quelques doutes pouvaient s'élever sur la nature de l'éruption que nous avons eue à traiter, j'ajouterai, pour confirmer le diagnostic, que la malade, ayant joué la veille de sa maladie avec un autre enfant de 5 à 6 mois et vaccinée, cette jeune enfant fut atteinte dans la huitaine d'une varioloïde intense reconnue par un médecin qui la traita par la méthode ordinaire et qui suivit toutes les phases de la variole. Cette enfant ne fut en état de sortir qu'au bout de six semaines, et porta longtemps les traces de son éruption : je ne sais même si elles disparurent entièrement.

IIIe Observation.

Varioloïde ; sarracenia.

Le 23 juillet 1865, Léon B..., âgé de 7 ans et demi, vacciné, est pris de céphalalgie, inappétence, toux, coryza, larmoiement des yeux, courbature. Du 24 au 25, les mêmes symptômes persistent, avec fièvre. — Le 25, apparaît, le matin, une éruption générale, étendue à toutes les parties du corps et des membres, et se voit en même temps au voile du palais; redoublement de la toux et de la fièvre. Le soir, lorsque je vis cet enfant, chaque petit bouton s'était agrandi par la base; mais aucun n'était confluent; la langue était chargée d'un enduit blanchâtre, pouls à 130, chaleur ardente de la peau. Je reconnus la varioloïde à son début et j'administrai le sarracenia purpurea à la 6e dilution, 4 gouttes dans 125 grammes d'eau distillée, à prendre une cuillerée toutes les deux heures; deux potages.

Le 26, l'éruption avait pâli, la fièvre avait diminué, ainsi que la chaleur à la peau, la toux et la céphalalgie.

Les 27, 28, 29, amendement de tous les symptômes; l'éruption s'ef-

(1) *Art médical*, t. XIX, avril 1864, p. 310; *ibid.*, t. XX, août 1864 p. 127.

façait; quelques coliques survinrent suivies de 4 ou 5 selles diarrhéiques, la langue devenait plus nette, l'appétit et la gaieté reparurent. Même prescription.

Le 7ᵉ jour de l'éruption, il ne restait à la peau que de très-petites taches à peine visibles; le sarracenia fut continué pendant neuf jours, en éloignant les prises. La convalescence marcha franchement et se termina par la guérison.

IVᵉ Observation.

Le 4 avril 1865, Mˡˡᵉ Lucile B..., sœur du petit malade précédent, âgée de 4 ans et demi, était malade depuis trois jours : inappétence, toux, céphalalgie, coryza, courbature, fièvre, peau brûlante, commencement d'éruption au cou. Aconit 6ᵉ, 2 gouttes dans 125 grammes d'eau, une cuillerée toutes les deux heures.

Le 5, parut une éruption générale confluente offrant les mêmes caractères que celle de son frère. *Sarracenia*, même dose.

Le 6, l'éruption avait pâli, mais la fièvre persistait; le soir, elle eut un peu de délire. Les jours suivants, pendant deux jours il y eut quelques coliques et de la diarrhée; l'éruption, la fièvre et tous les symptômes s'effacèrent.

Vᵉ Observation.

Le 7, une seconde sœur, Marie B..., âgée de 5 ans et demi, souffrante depuis six jours, fut atteinte aussi; la maladie suivit le même cours que pour son frère et sa sœur; elle eut le même traitement et guérit avec la même facilité.

Le 12. Guérison au cinquième jour.

Remarques. D'après les cas de varioloïde que nous avons eu lieu d'observer, dans lesquels nous avons employé la *sarracenia purpurea*, il résulte pour nous : que ce médicament fait avorter la maladie sans inconvénient et sans accidents ultérieurs : qu'il opère la résolution de l'éruption d'autant plus promptement et plus complétement, qu'on l'administre plus tôt et dès que cette éruption peut être reconnue : que la dose la plus efficace est la 3ᵉ dilution.

En serait-il de même pour la variole chez des malades non vaccinés ? Les auteurs anglais l'affirment. Nous n'avons pas eu lieu, quant à nous, de vérifier cette expé-

rience. Le *Journal de la société homœopathique* (juillet 1865) a publié sept observations de variole par le Dr Manuel Moracas (1), dans lesquelles il a employé la *Sarracenia*. Dans ce nombre, cinq malades avaient été vaccinés. Pour les deux autres cas, l'auteur n'en fait point mention : de sorte que. pour ces deux cas, nous ne savons si ces deux malades étaient ou non vaccinés. Notre question n'est donc pas résolue.

Nous ajouterons encore une remarque. C'est que, au début de l'éruption, son principal caractère, d'être pustuleuse, se reconnaît dès son apparition sur le voile du palais. Ce qui confirme le diagnostic, quand ce caractère n'est pas encore évident à la peau.

E. HERMEL.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'INDICATION DE LA RÉMISSION DANS LE TRAITEMENT DE LA DYSENTÉRIE.

A côté de l'étude des médicaments portant sur la *similitude* et l'électivité *d'action* (préoccupation exclusive de l'école homœopathique pure) se place, au grand avantage de la pratique, leur *application nosologique*. Elle est le complément nécessaire de la première, et permet au médecin de préciser, autant que faire se peut, ses indications thérapeutiques. Mais ces recherches sont complexes. Elles concernent le génie propre de la maladie, son type spécial, ses rhythmes, sa terminaison critique, sans parler des appropriations individuelles et de famille et surtout de la constitution médicale régnante qu'il faut savoir interroger avec tact. C'est de ce faisceau de faits si difficiles parfois à analyser, surtout au début de

(1) *El criterio medico*, t. V, p. 325, trad. Dr V. Chauceiel.

la pratique, que jaillit souvent la lumière; c'est d'ailleurs là ce qui fait l'intérêt réel de notre art et nous permet de sortir de l'ornière commune.

Sans vouloir aborder cet examen critique dans son ensemble, ce qui supposerait une expérience clinique plus approfondie que la nôtre, nous nous permettrons de présenter quelques simples réflexions sur l'indication de la *rémission* dans le traitement de la dysentérie. Elles nous ont été inspirées par l'observation suivante que nous rapportons dans tous ses détails.

Observation.

Dysentérie à forme rémittente grave, chez une femme en couches. Guérison par chininum sulfuricum et secale alternés.

Mme P....., âgée de 37 ans, d'une constitution débilitée par des grossesses multipliées et rapprochées, fut atteinte, vers le septième mois de la dernière gestation, d'une fièvre typhoïde à forme commune bénigne, dont elle se remit assez promptement.

17 août. La grossesse a marché sans encombre jusqu'au neuvième mois. La température étant très-chaude, humide et lourde, Mme P..... est prise de coliques avec envies pressantes d'aller à la selle, amenant quelques glaires.

Colocynthis (9e).....................	6 globules.
Eau pure.........................	100 grammes.

Le 18. Nuit mauvaise; coliques des plus vives; ténesme anal insupportable; selles fréquentes, très-peu copieuses, glaireuses, parfois bilieuses; faiblesse, prostration.

Corrosivus (6e).....................	6 globules.
Eau pure..........................	100 grammes.

Le 19. Les mêmes symptômes que la veille; il s'y joint une douleur vive dans les flancs et au-dessous de l'épigastre; un vomissement bilieux le matin.

Chamomilla, 2e dilut.................	4 gouttes.
Eau pure.........................	100 grammes.

Le 20. Après une journée et une nuit des plus pénibles, la malade accouche rapidement d'un enfant du sexe masculin, petit, mais bien conformé.

Deux heures après l'accouchement, l'utérus, dur, globuleux, est à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; douleurs incessantes à l'hypogastre, s'irradiant dans les deux côtés de l'abdomen, d'abord tiraillantes, puis brûlantes et intolérables. Selles fréquentes, glaireuses, sanguinolentes, spumeuses, parfois verdâtres, entremêlées de nombreux débris épithéliaux épais et blanchâtres. Pouls faible, à 100. Pâleur de la figure, qui est très-amaigrie et couverte de taches hépatiques ; langue blanchâtre, soif.

Ipécacuanha, 3e dilut................. 4 gouttes.
Eau pure.......................... 100 grammes.

Le 21. Insomnie par suite des douleurs abdominales qui sont intolérables; selles plus fréquentes et plus copieuses; les débris épithéliaux ont augmenté; anus très-douloureux et gonflé, mais non béant ; ventre rétracté; la moindre pression réveille les douleurs abdominales. Utérus ferme à quatre doigts au-dessous de l'ombilic; pouls à 110.

Corrosivus, 1re trituration......... 0 gr. 05 cent.
Eau pure....................... 100 grmmes.

Le 22. L'état s'est empiré; *l'utérus s'est complétement retiré dans le bassin ;* la palpation la plus soigneuse ne permet pas de le sentir; *suppression totale des lochies ;* selles très-abondantes, verdâtres, contenant peu de sang, mais une quantité considérable de débris épithéliaux (les selles dépassèrent le chiffre de 60 dans les vingt-quatre heures). Faiblesse extrême; lipothymies en essayant de s'asseoir. La malade et les assistants ont remarqué que, vers cinq heures du soir, il y eut *un redoublement marqué dans le nombre des selles et l'intensité des douleurs,* quoique le pouls n'eût pas augmenté de fréquence.

Quininum sulfuricum 1re trituration... 0 gr. 40 cent.

En deux prises égales, administrées l'une, à cinq heures du soir, l'autre, à cinq heures du matin.

Dans l'intervalle, une potion avec :

Secale cornutum, 2e dilution....... 4 gouttes
Eau pure...................... 100 grammes.

Le 23. Nuit plus calme; douleurs un peu moindres; 12 selles de même nature que la veille. Vers deux heures du matin, sueur générale qui nécessite le changement du linge; sommeil de temps en temps. Le ténesme est toujours très-fort; mais le ventre supporte mieux la pression de la main; peau moite, pouls à 95. Langue blanche, humide.

Même médication.

Le 24. Selles moindres; moins de débris et de sang; ténesme et douleurs abdominales sensiblement diminués; dans la nuit, sueurs très-abondantes qui nécessitent à deux reprises du linge sec. Pouls à 80; peau moite.

Même traitement.

Le 15. L'amélioration a progressé; 12 selles très-copieuses, muqueuses ne renfermant plus ni sang ni débris; ténesme beaucoup moindre; toute rémission du soir a cédé; appétit; pouls à 78.

Une seule prise de *chininum sulf.* le soir.
Secale *ut suprà.*

Le 26. Sommeil calme; 6 évacuations stercorales et bilieuses dans les vingt-quatre heures. Ventre rétracté, presque indolent; langue bonne.

Chamomilla (6e)................	6 globules.
Eau pure......................	100 grammes.

Suppression des autres remèdes.

Le 29. Pas de selles depuis deux jours. *Les lochies ont reparu;* écoulement franchement sanguin, survenu dans la nuit sans douleurs. La palpation la plus attentive ne permet pas de sentir l'utérus. Grande faiblesse.

China (1re)...................	6 globules.
Eau pure......................	100 grammes.

3 septembre. Les lochies ont continué en minime quantité; appétit soutenu; sommeil; faiblesse moindre.

Convalescence ultérieure rapide.

Il ressort de ce fait que les médicaments homœopathiques usuels de la dysentérie, quoique indiqués au point de vue de la similitude, ont échoué complétement. Il a donc fallu tenir compte du *rhythme* morbide propre à la maladie et de l'état puerpéral dans lequel se trouvait notre malade.

Une circonstance qui nous a frappé, c'est la rémission évidente du soir, caractérisée par le redoublement des selles et des coliques, sans que le pouls se soit élevé ou qu'il y ait eu des frissons initiaux. C'est là une

indication précieuse de l'administration du *china* qui, indépendamment des symptômes dysentériques connus, répond spécialement à la rémission en général.

Quant à l'état puerpéral, il devait également entrer largement en ligne de compte, et constituait pour le cas présent une complication redoutable. Nous avons d'abord pu vérifier sur notre malade cette grande loi des métaptotes morbides si bien indiquée par J.-P. Tessier, car ce retrait si prononcé de l'utérus dès le surlendemain, cette suppression totale des lochies qui ne sont *reconnues* que le neuvième jour après les couches, montraient combien l'allure naturelle de l'état puerpéral s'était modifiée profondément et pouvait dérouter l'observateur.

Le *seigle ergoté* paraissait spécialement indiqué, soit au point de vue *similaire* (et il suffit de rapprocher le tableau morbide du seigle de celui de notre malade pour en saisir l'analogie), soit au point de vue de l'*état puerpéral* auquel il s'adapte si bien. L'abondance des évacuations, contrairement à ce qu'on observe pour les selles dysentériques pures, répondait parfaitement de son côté à l'action du seigle. La combinaison des deux médicaments, leur alternance d'après les lois fixées par l'expérience clinique, a été très-heureuse et doit être maintenue. Des faits pareils mettent de plus en évidence cette conclusion que la distinction radicale des médicaments et de leurs effets est la base fixe et immuable de la thérapeutique, de même que la notion précise de la maladie et de ses formes est la base fixe et immuable de la médecine.

D[r] Noack fils,
de Lyon.

EFFETS MANIFESTES DES MÉDICAMENTS A DOSE INFINITÉSIMALE.

Si les faits méritent d'être *pesés* et non *comptés*, le suivant, observé à la clinique de l'école lyonnaise, aura sans doute l'authenticité désirable. — Me trouvant un jour à la visite de mon ancien maître, de regrettable mémoire, le professeur Devay, je remarquai une pauvre *percluse*, qu'il s'empressa, ce voyant, de confier à mes soins. C'était chez lui désir sincère de juger la méthode, car je connaissais le caractère élevé de celui qui voulait bien m'honorer de son amitié, sitôt brisée par la mort!... Voici ce fait :

Ire Observation.

Françoise L....., âgée de 38 ans, lessiveuse de profession, d'origine allemande, d'un tempérament lymphatique qui se traduit par un développement exagéré de la glande thyroïde, entre, le 18 octobre 1862, à la salle de clinique et couchée au n° 14; elle assigne pour cause à son mal une impression de froid humide prolongée, bientôt suivie de vives douleurs abdominales, vomissements bilieux et constipation; on remarque de plus une teinte ictérique des téguments, la langue saburrale, pas de fièvre. Des purgatifs salins sont employés. A ces symptômes ont succédé des douleurs aujourd'hui fort intenses qui reviennent, au dire de la malade, pour la quatrième fois dans sa vie. Les règles, *absentes* depuis trois mois, étaient fort irrégulières avant cette époque, parfois ménorrhagiques. Les autres fonctions s'exécutent, quoique faibles. La figure exprime la souffrance, car on peut dire que toutes les grandes articulations sont fortement envahies, leurs moindres mouvements étant douloureux; la colonne même, dans sa portion dorso-lombaire, ainsi que les phalanges des mains, dont les nodosités assez visibles attestent les accès antérieurs; il n'y a pas de fièvre ni de phénomènes congestifs locaux. Des douches de vapeur administrées précédemment contre cet état l'ont considérablement aggravé.

19 novembre. Première prescription homœopathique : *Rhust.* T. m., 3 globules; eau, 100 grammes, en trois fois.

Le 20. La malade manifeste une amélioration. Le médicament est continué jusqu'au 25, et l'état de mieux paraît stationnaire. *Rhust.* (3e), 1 goutte; eau, 100 grammes, en six fois.

Le 29. Les jointures des membres ont à peu près repris la liberté de leurs mouvements, mais le lumbago persiste.

2 décembre. Même état. Les règles font toujours défaut. *Puls.* (12e), 3 globules; eau, 3 cuillerées. Dès le lendemain, la menstruation apparaît et coule normalement.

Le 4. Tous les mouvements sont redevenus faciles. La malade non-seulement se lève, mais rend encore des services d'infirmière dans la salle. Le teint flétri s'est coloré, il exprime le contentement; toutefois les lombes sont encore le siége de douleurs.

Le 10. Je prescris : *Nux v.* (6e), 3 globules; eau, 100 grammes, en trois fois.

Le 13. Tout le cortége symptomatique a disparu, y compris la rachialgie. On accorde l'exeat sollicité par cette femme, qui dit n'avoir jamais ressenti un pareil bien-être général.

Il est bon d'ajouter que durant ce traitement la salle était fort humide par suite de plâtrages récents, et que nous étions aux jours les plus brumeux de notre humide hiver, conditions si défavorables en l'état. Remarquons aussi l'action comme immédiate de la pulsatille, d'autant plus ressentie que l'organisme qu'elle frappait, d'une part, sur l'élément rhumatismal dont ce médicament est un des types pathogénétiques, et, d'autre part, sur la vie utérine, qu'il est capable d'influencer si puissamment.

J'ai revu chaque année cette pauvre femme qui avait besoin, non de remèdes, mais de m'exprimer sa reconnaissance, donnant ainsi un noble exemple aux oublieux malades; j'aime à signaler cette heureuse et trop rare exception.

L'observation suivante tire son intérêt de l'action *physiologique*, comme on dit dans l'école (mieux nommée *pathogénétique*), du *soufre*.

IIe Observation.

Le 6 octobre 1861, un chauffeur d'une cinquantaine d'années, assez vigoureux en apparence, me consulta pour des douleurs aiguës à toutes les jointures, suite de refroidissement, et qui avaient deux mois de date. Des sueurs avaient amélioré, mais une tuméfaction considérable s'était manifestée à l'union de la première et de la seconde phalange du médius de la main gauche (symptôme survenu trois jours après le début des douleurs articulaires générales). Les mouvements de cette petite jointure, fort sensibles, faisaient entendre quelques craquements.

Pression indolore. Sommail troublé. Réveil à deux heures avec transpiration. Pas de force dans le bras droit. Pituite datant de douze ans. qui a cédé complétement un mois avant le rhumatisme.

Prescription : Sulf. (6e), 7 ou 8 globules; eau, un quart de verre, dont on prendra seulement 4 cuillerées à café par jour.

Deux jours après (le 8), le malade vint tout effrayé m'annoncer que dès la veille il ressentait de l'ardeur dans la miction, suivie de mucus purulent. Ce phénomène, qui inquiétait au plus haut point son porteur, que j'eus peine à rassurer, persista avec la même intensité pendant quelques jours, rappelant le début de l'écoulement gonorrhéique.

Le 13. Le doigt était diminué d'un quart, et la *coulante* disparue.

Le 15. Sur ma recommandation, le malade revint au *sulf.*, mais à la dose d'un globule dans un demi-verre d'eau. A la suite de trois cuillerées à café prises d'heure en heure, l'écoulement uréthral reparaissait avec vive douleur après l'émission de l'urine. Six heures plus tard, sous l'influence probable d'une cigarette de camphre, toute inflammation du canal avait cessé. Je recommandai de revenir au soufre, mais seulement dans quelques jours et à dose beaucoup plus faible. Au bout de quelque vingt-quatre heures, des boutons pruriants, papuleux et rouges, se développaient sur l'hypochondre droit et à l'aine gauche.

Je n'ai pas revu le malade, mais il m'a paru qu'on pouvait en assurance livrer ce fait à la méditation de ceux qui demandent, pour assurer leur foi, *une* action physiologique certaine par les doses dites homœopathiques. L'école hahnemannienne sait du reste tout le parti qu'on peut tirer des indications toxiques, et celles du soufre en particulier, dans les *uréthrites*, les *arthrites* et les *affections cutanées*, dont nous venons d'avoir un triple tableau.

A propos du soufre, qu'il me soit permis de citer encore un fait :

IIIe Observation.

Une femme de 49 ans, blanchisseuse, d'un tempérament lymphatique, vint à mon dispensaire le 21 juillet 1862, et me montra, datant d'un an, une éruption qui s'étendait en forme de bretelle sur l'épaule gauche, dans l'étendue de 15 centimètres environ, contournant l'omoplate; c'étaient des pustules disposées par *paires symétriques* et la plupart re-

couvertes de croûtes épaisses. Depuis sept ans, ulcère profond qui entourait la moitié supérieure et interne de la jambe droite, suite de varices.

Prescription par jour : Sulf. (12e), 1 goutte ; eau, 4 cuillerées.

28 juillet. Grande amélioration de l'ulcère seul qui bourgeonnait. *Repr. le remède.*

6 octobre. La malade n'était pas revenue depuis plus de deux mois, étant *complètement guérie* de l'ecthyma de l'épaule. La jambe restait dans un état stationnaire, entretenu par l'exercice de la profession.

Et nunc intelligite !

L. Frestier, de Lyon.

REVUE DES JOURNAUX

Dans cette revue nous donnerons un résumé des effets pathogénétiques des médicaments, pour faciliter les recherches, lorsque ces effets pourraient être confondus dans le cours des observations.

Aconitine (1). — Dans une observation de névralgie de plusieurs branches du nerf trifacial dont M. Nélaton opéra la résection et la cautérisation, il y eut guérison momentanée et récidive au bout de trois mois.

Le malade fut soumis à l'action de l'aconitine, qui produisit une amélioration remarquable, sans cependant amener la guérison.

Les phénomènes ressentis par le malade, sous l'influence de l'aconitine, n'ont commencé à se manifester que lorsque la dose quotidienne fut portée à 3 milligrammes. Alors parurent de la céphalalgie, du trouble de la vue, du picotement des pieds et des mains, un sentiment de fatigue générale. Puis les doses allant croissant de jour en jour, à ces premiers symptômes qui se prononcèrent davantage vinrent s'ajouter de l'abattement, de l'oppression, des douleurs dans les

(1) *Revue de thérap. médic. chir.*, 15 février 1865, numéro 4.

mâchoires, la nuque et les membres, une sorte d'horripilation et de fourmillement général, et enfin un affaiblissement musculaire porté jusqu'à l'impossibilité de la station debout. A ce degré, *bien qu'il n'y eût aucune modification de l'état pathologique*, on suspendit la médication.

Reprise deux jours après, à 2 milligrammes d'abord, et continuée à doses croissant jusqu'à 7 milligrammes, elle donna lieu de nouveau aux mêmes effets physiologiques, mais cette fois avec le résultat curatif désiré. Pendant ce temps, la circulation observée journellement se montra sensiblement de plus en plus déprimée; les battements et les bruits du cœur étaient beaucoup moins forts qu'à l'état normal, de même que le pouls, qui ne descendit jamais au-dessous de 60 pulsations par minute, mais qui, à certains moments, de deux heures à deux heures et demie après l'administration du médicament, alors que celui-ci agissait avec le plus d'énergie, devenait extrêmement faible, presque insensible, au point d'être parfois à peu près impossible à compter.

Résumé pathogénétique de l'aconitine :

Céphalalgie, trouble de la vue, fourmillements aux pieds et aux mains, fatigue générale. Puis : *abattement, oppression; douleurs dans les mâchoires, la nuque et les membres; horripilation, fourmillement général; affaiblissement musculaire, jusqu'à l'impossibilité de la station debout.* — A la reprise du médicament on nota, ce qui ne paraît pas avoir été fait la première fois : *une grande dépression de la circulation; la faiblesse des battements et des bruits du cœur; la diminution des pulsations jusqu'à* 60, *et dans les deux heures de la prise du médicament une telle faiblesse du pouls, qu'il devenait presque insensible et très-difficile à compter.*

Accidents graves causés par la teinture d'arnica prise a haute dose (1). — Un homme d'un âge moyen fut apporté à l'hôpital Sainte-Marie de Londres, dans un état de collapsus considérable. Il avait les yeux enfoncés, vitreux et exprimant l'anxiété ; les pupilles dilatées et insensibles à l'action de la lumière; le pouls au-dessus de 100, faible et ondulant; la peau froide, mais aride. Il se plaignait, d'une voix basse et mal articulée, d'une vive douleur à l'épigastre, et racontait qu'il avait avalé, par méprise, environ une once de teinture d'arnica. Il n'y avait d'abord attaché que peu d'importance, ne ressentant pas de douleur et n'éprouvant d'autre sensation désagréable qu'une sensation de sécheresse, qu'il attribuait à l'action de l'alcool. La plus grande partie de la nuit s'était passée dans un bon sommeil; mais le matin de bonne heure, huit heures environ après l'ingestion de l'arnica, il avait été réveillé par une douleur aiguë au creux de l'estomac. En voulant se lever, il s'était senti faible et avait eu des nausées, mais sans pouvoir vomir, puis il était tombé dans l'état de collapsus noté ci-dessus. La pression de l'épigastre était très-douloureuse, et la résonnance de la région était moins étendue qu'à l'ordinaire, sans doute par suite de la vacuité de l'organe revenu sur lui-même. En raison du temps écoulé depuis l'accident, on jugea inutiles les vomitifs et l'usage de la pompe stomacale. On administra 20 gouttes de laudanum dans une once d'eau-de-vie, dose qui fut répétée au bout de deux heures, et en même temps on s'appliqua à réchauffer le patient. Les douleurs s'apaisèrent, le sommeil vint, la température de la peau et le pouls se relevèrent, en même temps que s'abaissa la fréquence de celui-ci, et le malade se rétablit assez rapidement.

(2) *Revue méd. chirurg.*, numéro 10. — 15 mai 1865.

Résumé de l'action pathogénétique :

Huit heures après l'ingestion de la teinture d'arnica, réveil avec douleur aiguë au creux épigastrique ; faiblesse générale, nausées sans vomissements ; collapsus ; les yeux vitreux, pupilles dilatées insensibles à la lumière ; pouls au-dessus de 100, *faible et ondulent ; peau froide et aride ; voix basse et mal articulée.*

ÆTHUSA CYNAPIUM. — PETITE CIGUE. — CIGUE DES MARAIS. — PATHOGÉNÉSIE. — EMPOISONNEMENT (1). Le professeur Brugmans a essayé sur lui-même l'effet de la petite ciguë. Quelques grains, pris le matin, lui causèrent de violents maux de tête, de la soif, des nausées sans vomissements et une douleur pongitive à l'épigastre : bientôt après, il eut des tranchées avec flatulence, de la disposition au sommeil, enfin un état de malaise qui dura toute la journée. Le sommeil fut agité pendant les premières heures de la nuit, mais le lendemain il n'y paraissait plus.

Le Dr Tournon avait été empoisonné le soir par des feuilles de petite ciguë mélangées à une salade par erreur. Après avoir dormi quelques heures, il fut éveillé par des coliques suivies de vomissements, de vertiges et de faiblesse. Du thé pris abondamment et quelques verres de vin de Bordeaux dissipèrent ces effets, à la faiblesse près qui dura deux ou trois jours.

Le Dr Roques fut appelé à donner des soins à une dame qui avait pris du bouillon d'herbes où quelques feuilles de ciguë avaient été mises par mégarde. Elle éprouvait des tranchées accompagnées de vomissements horribles, une faiblesse et des angoisses inexprimables.

Roques lui prescrivit six gouttes de laudanum à

(1) *Revue de thérap. méd. chirurg.*, numéro 5. = 1er mars 1865.

prendre tous les quarts d'heure dans une demi-cuillerée d'eau sucrée. A la troisième dose, les douleurs étaient déjà moindres ; à la sixième, les vomissements, le hoquet, la faiblesse, enfin tous les symptômes alarmants avaient disparu. Il donna le soir quelques cuillerées de bouillon et un peu de vin de Malaga.

M. Bertrand rapporte qu'un voyageur auquel on avait servi un ragoût assaisonné de petite ciguë au lieu de persil, tomba tout à coup dans un sommeil profond avec ronflement. Après lui avoir titillé la gorge et fait prendre beaucoup d'eau tiède, ce qui provoqua plusieurs vomissements de matières alimentaires, il administra une tasse de café qui diminua bientôt après la somnolence. On insista sur cette liqueur stimulante, et au bout d'environ deux heures, l'état de narcotisme fut entièrement dissipé.

Un garçon de 6 ans, ayant mangé à quatre heures du soir de la petite ciguë qu'il avait prise pour du persil, commença aussitôt à pousser des cris d'angoisse et à se plaindre de maux d'estomac. Pendant qu'on le transportait de la campagne chez son père, tout son corps devint excessivement enflé et livide. Il mourut vers minuit.

Une famille entière fut empoisonnée par une pâte préparée avec des œufs, de la mie de pain et de la petite ciguë, prise encore pour du persil. On ouvrit le corps du père et ou trouva une sérosité brunâtre dans l'estomac, le foie dur, d'une couleur jaunâtre, la rate livide. La langue était noire; le corps n'était point enflé.

M. Orfila a fait avaler environ 220 grammes de suc d'æthusa cinapium à un chien robuste, qui en mourut au bout d'une heure, après avoir éprouvé la perte des forces, un peu de dilatation des pupilles, des battements

de cœur lents et forts, des convulsions et une stupeur qui précéda la mort.

Une dame nouvellement accouchée, voulant faire promptement passer son lait et faire tomber l'extrême gonflement des seins, reçut d'une sage-femme le conseil d'y appliquer un épithème de persil sauvage. Le prétendu persil sauvage se trouva être de la petite ciguë. Bientôt la dame ressentit une douleur vive et poignante avec chaleur et rougeur et anxiété précordiale. Le lendemain il y eut sur les mamelles éruption d'une multitude de phlyctènes, qui rendirent beaucoup de liquide séreux à la levée du topique. La malade était extrêmement oppressée, ne respirait qu'avec grand'-peine, éprouvait de violentes palpitations, des angoisses et des agitations très-pénibles. Le ventre serré et tendu, une soif ardente que rien n'étanchait, parce que des aphthes, des pustules, enflammaient la gorge, rendaient l'état de la malade presque désespéré, et ces symptômes persistèrent pendant plusieurs jours. Cependant, au moyen de remèdes calmants et adoucissants, le mal se dissipa peu à peu, mais assez singulièrement, car la malade fut atteinde d'un flux de salive aussi abondant que si elle eût été traitée par le mercure, et cette salivation dura près de quatorze jours; les aphthes, les palpitations disparurent en même temps, et la malade se rétablit, mais assez lentement, car il lui resta longtemps une grande sensibilité nerveuse qui ne céda qu'à l'usage prolongé des bains.

MOSCATELLE, SON HUILE ESSENTIELLE. — PATHOGÉNÉSIE (1). — M. Hannon désigne sous le nom de musc végétal l'huile essentielle retirée de la moscatelle, des fleurs de tilleul et des sommités de caille-lait jaune. Adminis-

(1) *Id.*, numéro 6. — 15 mai 1865.

tré chez l'homme sain, ce musc végétal produit les symptômes suivants :

Des vertiges, de la céphalalgie, de la sécheresse dans le pharynx et l'œsophage, des pesanteurs vers l'épigastre, des éructations. La céphalalgie persiste seule, et l'action sur les centres nerveux se manifeste par un abattement général, par de la fatigue des paupières, de la somnolence et des bâillements précurseurs d'un sommeil qui survient au bout de cinq à six heures. Les personnes nerveuses ou chlorotiques éprouvent en outre des tremblements nerveux et même des vomissements. Au réveil, tout est rentré dans l'ordre.

Dans les états pathologiques, où le musc animal est indiqué, le musc végétal produit absolument les mêmes effets. Ainsi, le musc végétal produit de merveilleux effets dans les attaques d'hystérie, dans les syncopes avec abolition de tous les sens, sauf l'ouïe, dans les spasmes des muscles pharyngiens qui menacent à chaque instant le malade d'asphyxie.

ANGINE COUENNEUSE SUIVIE D'AMBLYOPIE ET DE PARALYSIE MULTIPLES. Traitement par *le phosphore; guérison rapide* (1). — Une malade, guérie depuis trois semaines ou un mois d'une angine couenneuse, présenta des phénomènes paralytiques dans l'ordre suivant : paralysie du voile du palais, attestée par la difficulté d'avaler et par le reflux des liquides par le nez; puis paralysie du sentiment et du mouvement dans tout le côté gauche de la face, avec déviation très-prononcée de la bouche à droite, etc. Ainsi, paralysie de la 5e et de la 7e paire, amblyopie de l'œil gauche. Traitée par le vin de quinquina, la paralysie avait diminué.

Le 16 novembre, l'œil gauche était très-affaibli, bien

(1) *Id.*, numéro 5. — 1er mars 1865.

que l'ophthalmoscope ne démontrât aucune lésion des parties profondes, seulement la pupille du côté gauche se dilatait et s'immobilisait quand l'œil droit était fermé. Il restait un peu d'anesthésie du côté gauche de la face. Toutefois, en même temps que l'amélioration paraissait à la 5ᵉ et à la 7ᵉ paire, une anesthésie parut aux mains jusqu'au poignet et aux pieds jusqu'aux genoux, sans altération des mouvements.

La malade prit 2, puis 3 milligrammes de phosphore par jour en pilules, et tous les soirs pratiqua des onctions d'huile phosphorée sur les parties anesthésiées. Un mois plus tard, la guérison était à peu près complète. La vue de l'œil gauche était aussi nette qu'à droite, et la malade avait repris ses occupations.

A cette observation, l'auteur, M. Tavignot, ajoute une note importante sur la préparation des pilules phosphorées à prescrire à l'intérieur. Le plus souvent elles s'altèrent ou se décomposent. La formule qu'il emploie n'a pas cet inconvénient; il prescrit : phosphore, 0,10 ; huile d'amandes douces, 8 grammes ; faites dissoudre en vase clos et plein, ajoutez beurre de cacao, 8,40; poudre de guimauve, 18 grammes; f. s. a. 100 pilules ; gélatinisez ou dragéifiez à froid. On donne 2 ou 3 pilules jour. Ces pilules se conservent des mois entiers sans altération.

Pour les onctions sa formule est : huile d'amandes douces, 100 gram. ; huile de naphte, 25 gram. ; phosphore, 0,25 centim. — *N. B.* Faites dissoudre au bain-marie en vase clos. Sans cette précaution, le phosphore plus ou moins divisé n'est pas dissous, ce qui produit des brûlures à la peau.

Les observations de paralysies guéries par le phosphore sont déjà nombreuses, c'est un nouveau fait à leur ajouter.

Du nitrate d'argent dans certaines paralysies (1). — On trouve le sommaire de trois observations : l'une de M. Ladureau de faiblesses musculaires survenant d'abord dans les membres inférieurs à un moment d'hilarité et empêchant de marcher, puis s'étendant graduellement au cou, aux bras, se répétant plusieurs fois par jour à la moindre émotion ; tiraillements, secousses dans l'état de repos, sont guéris deux ans après leur début, par l'usage graduel de 1 à 6 pilules par jour de 1 centigr. de nitrate d'argent prises une heure après le repas. Une amélioration manifeste a lieu quinze jours de suite ; une légère rechute s'étant manifestée après la cessation du traitement, il suffit de le reprendre pour obtenir une guérison définitive.

M. Raciborski rapporte un fait de paralysie, suite d'affection diphthéritique, guérie en un mois par le nitrate prescrit à la dose de 12 milligr. à 5 centigr. par jour.

M. Deguise a obtenu le même succès dans une paralysie des membres inférieurs, datant de deux ans, chez une jeune fille. Elle était tombée par une trappe dans une cave ; il n'y avait point eu de perte de connaissance ; elle s'était relevée en boitant et souffrant vivement au genou. La paralysie était survenue graduellement en un mois, sans perte de la sensibilité, ni de la calorification ; mais l'amaigrissement s'était manifesté, quand on la traita par le nitrate. On avait vainement essayé les vésicatoires, le cautère actuel ; 48 pilules de 1 centigramme, une par jour, amenèrent la guérison. Après douze jours, on avait voulu donner deux pilules, mais de vives douleurs et des mouvements brusques et involontaires obligèrent de revenir à 1 pilule.

(1) *Gazette médic. de Lyon*, numéro 7. — 1er avril 1865. — Extrait de l'*Union médicale*, du 23 mars 1865.

Emploi thérapeutique de l'anthracite (1). — Le Dr Aug. Dyes, médecin en chef d'un régiment hanovrien, ayant remarqué que les porcs mangeaient de la houille avec avidité, en ajouta 12 à 24 grammes à la nourriture qu'on donnait à ceux qu'on voulait engraisser. Ceux-ci se distinguaient par leur gaieté, leur croissance et leur engraissement rapide. Cette expérience plusieurs fois renouvelée le convainquit que la houille était bien supérieure au sel de cuisine, comme moyen d'activer la digestion et d'entretenir la santé de ces animaux.

S'étayant de ces observations, il administra la houille à des personnes atteintes d'affections abdominales, et choisit l'anthracite de Picsberge, qu'il donna à la dose de 75 centigr. à 1,50 par jour incorporée à la pulpe de prunes, ou en pilules associées à l'extrait de fiel de bœuf, de quinquina, de quassia, etc.

Il la recommande dans le cas de catarrhe stomacal, d'anorexie, d'ictère chronique, d'anémie, de chlorose, d'engorgement de la rate consécutive aux fièvres intermittentes.

Nous avions déjà dans la matière médicale le charbon végétal et le charbon animal, voici maintenant le charbon minéral, qui paraît jouir de propriétés aussi énergiques que ses devanciers.

Du soufre en nature contre les accidents saturnins (1). — M. Guibout avait récemment dans son service à l'hôpital Saint-Louis, deux malades atteints de coliques de plomb. Après avoir vainement, et sans succès très-marqué, employé les traitements en usage dans cette intoxication, en particulier le traitement de la

(1) *Revue méd. chirurg.*, numéro 8. — 15 avril 1865.
(2) *Id.*, numéro 6. — 15 mars 1865.

Charité et la limonade sulfurique, recommandée par M. Gendrin; sur la proposition de M. Lutz, pharmacien en chef, il se borna à administrer à ses malades exclusivement du soufre en substance. Il débuta par prescrire à chacun 16 grammes de fleur de soufre par jour, à prendre dans du miel ou dans l'eau.

Ce médicament a le double avantage de purger doucement, sans coliques, et de neutraliser directement le plomb. Au bout de peu de jours, les accidents saturnins avaient disparu. Chez l'un, on remarqua une légère coloration brunâtre de la peau du thorax. Tous deux quittèrent l'hôpital parfaitement guéris. M. Guibout se propose de continuer à expérimenter cette méthode dans les diverses formes de l'intoxication saturnine.

Cure de la diphthérie par l'inoculation de la matière diphthérique (1). — Dans une note trop courte qu'il consacre à cet important sujet, le Dr Masotto dit seulement :

Qu'il a pratiqué cette inoculation quinze fois dans un but curatif dès l'invasion de l'angine, et vingt fois dans un but préventif sur des sujets vivants dans un foyer d'épidémie diphthérique, et en contact avec des individus atteints de cette maladie ;

Que dans la première série des inoculés, la maladie qui avait commencé l'inoculation se montra bénigne (Il faut noter que, concurremment avec l'inoculation, M. Masotto mit en usage ses moyens habituels de traitement) ;

Que sur les vingt sujets inoculés en vue de prévenir la diphthérie, deux en furent néanmoins attaqués, l'un vingt, l'autre vingt-deux jours après l'inoculation; mais

(1) *Revue méd. chirurg.*, numéro 8. — 15 avril 1865.

que leur diphthérie fut peu grave, de courte durée et guérit presque sans traitement. (*Gaz. med. delle provincie venete.*)

Ces tentatives rentrent dans la méthode dite isopathique. E. HERMEL.

VARIÉTÉS

NOTE SUR LE ROLE QUE PARAISSENT JOUER LES PHÉNOMÈNES ÉLECTRIQUES DANS LES CORPS VIVANTS.

Les partisans de la thérapeutique homœopathique étudient avec soin l'action des agents médicamenteux chez l'homme et les animaux. Aussi je présume qu'ils trouveront intéressantes, à ce titre, les expériences vraiment singulières que je vais rapporter. Elles ont été faites à Lyon et semblent montrer le rôle que joue ou peut jouer l'électricité dans les corps vivants.

D'ailleurs, M. Claude Bernard affirme, non sans raison, que, bien souvent, c'est à l'aide des poisons ou remèdes que l'on peut faire l'analyse la plus fine et la plus profonde des phénomènes physiologiques. Or, l'électricité, qui est un agent médicamenteux si énergique, pourrait probablement rendre à la physiologie des services analogues à ceux qu'elle rend parfois à la thérapeutique. Cette nouvelle considération fera, sans doute, accueillir avec un double intérêt les expériences que je relate ci-après.

Elles ont été consignées d'abord dans un mémoire que lut M. C. Beckensteiner à la *Société linnéenne de Lyon*, le 15 décembre 1846. Plus tard, l'auteur les inséra dans ses *Études sur l'électricité; nouvelle méthode pour son emploi médical* (1 vol. in-8, 1852, librairie J.-B. Baillière; Paris).

I

« Ce fut sur le chat qu'eurent lieu mes expériences, écrit M. Benkensteiner, et voici les moyens qui me réussirent.

« On sait que c'est habituellement à la fin de l'hiver que la chatte appelle le mâle par ses cris. Dans l'état de domesticité, ces animaux ne craignent point de s'accoupler devant témoins, principalement si le mâle et la femelle habitent ordinairement le même local.

« Par un temps sec et froid (l'expérience peut réussir lors même qu'il y aurait quelques degrés au-dessus de zéro) ayant fait avec de la moelle de sureau de petites boules de 5 à 8 millimètres de diamètre, j'en suspendis une à un fil de soie d'une vingtaine de centimètres de longueur. Ayant pris l'extrémité du fil entre mes doigts, j'électrisai cette boule en la mettant en contact avec le conducteur d'une machine électrique positive en mouvement, je l'approchai doucement des parties génitales de la chatte qui facilitait l'expérience par la position qu'elles prennent quand elles sont en chaleur.

« A peine la boule était-elle arrivée à la distance de 5 à 6 centimètres qu'elle fut fortement attirée et donna lieu à une petite étincelle. La chatte quitta sa position et ne recommença ses cris qu'un moment après.

« L'expérience sur le mâle fut un peu plus difficile, cependant j'y parvins avec un peu de soin; elle ne fut pas moins décisive, car la boule de sureau électrisée positivement fut repoussée, tandis qu'une autre boule électrisée négativement fut attirée par le chat, comme la boule électrisée positivement avait été attirée par la chatte.

« Après l'accouplement consommé, il ne restait plus aucune trace d'électricité libre. J'ai répété ces expériences en diverses années et sur différents sujets, toujours avec le même résultat. »

Ces expérimentations sur les animaux porteraient à croire que, dans les rapports sexuels naturels, il y a échange d'électricité entre le mâle et la femelle : chacun d'eux cédant l'électricité qu'il a en excès, le mâle l'électricité positive, et la femelle l'électricité négative.

Dans l'acte génital contre nature, il y aurait simplement perte d'électricité.

Ces considérations suffiraient-elles pour expliquer les résultats désastreux consécutifs à l'onanisme, d'une part, et, de l'autre, l'innocuité relative des rapports sexuels.

II

Cependant ces derniers, d'après M. Beckensteiner, tout en provoquant un échange d'électricité, en amènent aussi la déperdition, s'ils sont excessifs. Dans ce dernier cas, ils peuvent altérer la santé et causer une mort prématurée, subite même.

Conséquemment, chez les mâles et femelles près d'expirer à la suite d'accouplements trop répétés, on pourrait rappeler la vie en leur donnant l'électricité qui convient à chacun d'eux. On produirait même alors dans leur organisme une surabondance de vie telle qu'ils pourraient de

nouveau s'accoupler, et, de la sorte, donner l'existence à d'autres êtres tout en prolongeant la leur.

A l'appui de cette opinion, M. Beckensteiner cite les expériences suivantes qu'il a faites des insectes :

« On sait, dit-il, qu'aussitôt après l'éclosion des vers à soie, les mâles s'unissent avec ardeur aux femelles.

« La femelle ensuite pond ses œufs, et, leur tâche terminée, mâles et femelles tombent d'inanition et meurent.

« L'été passé (1846), sur une certaine quantité de vers à soie éclos, je pris une partie des mâles et autant de femelles qui étaient près de périr. J'électrisai les mâles *positivement* pendant 15 minutes, ayant soin de soutirer le fluide communiqué avec une tige d'or, formant ainsi un courant continu. Au bout de 5 à 6 minutes d'électrisation, les mâles sortirent de leur engourdissement léthargique et remuèrent leurs ailes; leur vigueur s'accrut constamment et, au bout de 15 minutes, ils en avaient acquis autant qu'au moment de leur éclosion. Je les réunis ensuite avec les femelles qui avaient déjà pondu leurs œufs; un nouvel accouplement eut lieu, les femelles presque expirantes se ranimèrent ensuite et vécurent encore pendant trois jours, ainsi que les mâles électrisés.

« Pendant ce temps, les autres papillons, sur lesquels j'avais fait mon choix, succombèrent suivant le cours ordinaire des choses, et tous étaient morts deux jours avant ceux que j'avais électrisés. »

Des expériences précitées et de quelques résultats cliniques soumis à cette observation, M. Beckensteiner conclut que l'électricité peut guérir certaines stérilités qui n'ont pas de cause appréciable. A titre d'exemple, il cite la stérilité *relative*, en vertu de laquelle un homme et une femme, qui n'ont point d'enfants de leur union, peuvent cependant en avoir : le premier avec une autre femme, et la seconde avec un autre homme.

M. Beckensteiner suppose que, dans le cas de stérilité relative, l'homme et la femme ont des électricités de même nature et en même proportion, au lieu d'avoir en excès : l'homme l'électricité positive, la femme l'électricité négative. S'il en est ainsi, ajoute notre auteur, il suffirait d'une machine électrique qui fournirait au premier l'électricité positive, à la seconde l'électricité négative, et la stérilité disparaîtrait.

Les choses peuvent fort bien se passer comme le présume M. Beckensteiner, mais il faut, pour convertir cette présomption en certitude, il faut des observations cliniques bien authentiques.

III

Pour l'application clinique de l'électricité, voici comment procède M. Beckensteiner.

Il emploie la machine électrique ordinaire, constituée par un plateau de verre de forme circulaire, des coussinets de peau, un corps conducteur, des supports, etc.

A l'aide d'une manivelle, on fait tourner le plateau de verre qui est fixé sur un axe par son centre. Dans ce mouvement circulaire, le plateau frotte contre les coussinets de peau et, par ce frottement, dégage de l'électricité. Celle-ci s'écoule sur un corps conducteur (grosse sphère en laiton) qui conserve, tient en réserve une certaine quantité d'électricité positive en excès.

Le malade, placé sur un tabouret isolant, est mis, à l'aide d'un fil métallique, en communication avec le corps conducteur devenu un réservoir d'électricité. De la sorte, le malade se charge lui-même d'électricité et en devient un réservoir, à son tour, au fur et à mesure qu'un aide dégage de l'électricité en faisant tourner le plateau de verre frottant contre les coussinets de peau.

L'opérateur dégage, soutire l'électricité du malade en la faisant passer, écouler par les parties malades de ce dernier. Dans ce but, on emploie divers procédés que M. Beckensteiner décrit dans les termes suivants :

« 1° *Passes électriques.*—L'opérateur passe les mains étendues et éloignées du malade de 15 à 25 centimètres, et dirige des passes de la tête aux pieds, le malade étant en communication avec une machine électrique positive en mouvement, et placé sur l'isoloir.

« Le malade éprouve alors une sensation agréable, comme un corps moelleux qui le touche à peine, et qui parcourt tout l'organisme; quelquefois ils sent des frissons qui suivent les mains de l'opérateur de haut en bas. En approchant les mains plus près du malade, et en ayant soin de ne point faire éclater une étincelle, le frisson devient plus fort et moins agréable.

« 2° *Frictions électriques.* — L'opérateur pose sa main légèrement appuyée sur les diverses parties du corps du malade, l'un et l'autre éprouvent des picotements qui suivent la main dans toutes les directions; ces sensations n'ont lieu que sur les habillements de laine dont le malade doit être vêtu; le lin et le coton, étant trop conducteurs de l'électricité, empêchent la production de cet effet. En frictionnant ainsi le malade, on produit le chaleur sur la partie frictionnée.

« 3° *Massage électrique.* — La massage, en le pratiquant sur le malade électrisé, produit un effet bien plus puissant que le massage ordinaire, et s'exécute de même, avec cette différence, qu'au lieu de le faire à nu, on l'exécute sur les membres recouverts d'étoffe de laine.

« 4° *Courants avec les pointes métalliques.* — On établit un courant électrique avec une tige de métal terminée en pointe plus ou moins aiguë, en l'approchant à distance de 10 à 20 centimètres du malade électrisé; ces courants font éprouver la sensation d'un vent frais ou chaud, selon les métaux employés; ainsi, l'iode communique un vent chaud, tandis que l'argent, l'or, le platine, font éprouver une sensation plus ou moins fraîche. On augmente l'intensité du courant en réunissant un grand nombre de pointes; cette opération était pratiquée par les anciens électrophiles, et indiquée sous le nom de souffle et d'aigrette. Je nomme cette opération courant, car c'est bien un courant électrique qui s'établit entre le malade et l'opérateur par l'intermédiaire de la tige métallique; mais il y a encore autre chose que le courant. Selon que l'on emploie tel ou tel métal pour l'établir, l'effet est différent, et la propriété médicale n'est plus la même. Or, cette propriété médicale est précisément celle attribuée au métal dont on se sert, soit par les anciens, soit par les modernes. Cela seul suffirait pour démontrer que l'électricité, en traversant le métal, en emporte avec elle des particules atomiques et les introduit dans l'organisme du malade, où elles produisent l'effet qui leur est propre. J'ai fait à ce sujet d'autres expériences remarquables qui démontrent aussi le transport des métaux par l'électricité, et indiquent que ce transport a lieu aux points où il y a solution de continuité ; j'en pourrai parler ailleurs avec quelques détails.

Si l'électricité modifie ses effets en passant par un métal, pourra-t-elle traverser le corps d'un homme vivant, sans acquérir de nouvelles propriétés, sans se vivifier et s'animaliser? Ceci fait comprendre toute la différence qu'il y a entre ma méthode et celle des anciens, qui établissaient le courant électrique immédiatement entre le malade et le réservoir commun de la terre ; ceci fait comprendre encore que le choix de l'opérateur qui doit électriser le malade n'est pas indifférent, que la force et la nature de son tempérament peuvent être pour quelque chose dans le succés du traitement.

5° « *Étincelles.* — L'étincelle électrique a lieu en approchant du malade une boule de métal au lieu d'une pointe ; l'étincelle est plus ou moins forte selon l'éloignement. Elle a été employée également par les

anciens électrophiles par isolement; j'emploie l'étincelle sans isolement en tenant immédiatement à la main la tige à laquelle est adaptée la boule. Le transport a lieu également par l'étincelle, et l'opérateur doit tenir compte de l'action du métal ou métalloïde employé, et dont j'indiquerai les actions spéciales dans le traitement de diverses maladies.»

Tels sont les cinq procédés qu'emploie le plus habituellement M. Beckensteiner, pour l'application clinique de l'électricité. Ils ne sont ni douloureux, ni dangereux pour les malades; et ils peuvent être utilisés, par exemple, contre les névralgies et les paralysies réfractaires au traitement médicamenteux. Dans les cas où ces procédés ne suffiraient pas, on est toujours à temps de recourir aux autres machines électriques, appareils galvaniques récemment inventés pour l'usage médical.

IV

Pour montrer, sous une autre face, le rôle que les phénomènes électriques peuvent jouer dans l'organisme, je vais exposer ici un moyen bien simple de charger d'électricité certains animaux, qui peuvent alors produire des commotions ou décharges électriques, exactement comme la torpille. M. Beckensteiner, qui a fait ces expérimentations singulières, les rapporte dans les termes suivants :

Expériences faites sur le chat.

« On peut obtenir la commotion électrique sur le chat de la manière et dans les conditions suivantes :

« Par un froid au-dessous de zéro, un vent du nord, un ciel serein, si le chat a froid, ce qui se voit facilement à l'aspect du poil qui est couché et semble avoir été graissé partiellement, et; si l'expérimentateur a également froid aux mains, il prendra le chat sur ses genoux, lui posera les doigts de la main gauche sur la poitrine, et passera la main droite depuis le cou jusqu'à la queue, le long de l'épine dorsale. Après quelques passes légèrement appuyées, la secousse électrique se produira; elle paraît partir de la poitrine du chat, traverser le corps de l'expérimentateur, et se terminer à la main placée sur le dos du chat. Quoique le chat éprouve du plaisir aux passes faites le long de l'épine dorsale, il se sauve à toutes jambes après la secousse. Il se prête difficilement à une seconde épreuve, et ce n'est que le lendemain, lorsqu'il aura oublié cette sensation désagréable, qu'il pourra servir à de nouvelles épreuves.

« J'ai obtenu dans un jour, avec beaucoup de peine, trois commotions d'un chat : la dernière était très-faible. Après chaque décharge, le chat

semble fatigué, épuisé, il se couche étendu ; au bout de quelques jours, il perd l'appétit, devient triste et semble fuir les lieux qu'il aimait ; il se soustrait aux regards des personnes qu'il affectionnait ; après avoir refusé la nourriture, il boit de l'eau encore quelquefois, languit de plus en plus, bave et meurt ordinairement dans la quinzaine qui suit la première commotion.

« J'ai répété ces expériences en diverses années, lorsque la saison était propice, sur des chats domestiques m'appartenant, ainsi que sur ceux de mes voisins, qui croyaient que je caressais seulement leurs chats ; au bout de quelque temps, j'ai toujours appris que ces animaux avaient péri sans cause apparente.

« Ne me doutant nullement des appareils producteurs d'électricité sur les chats, je présumais que le frottement du poil pouvait en être la cause, mais je n'obtiens aucun effet analogue sur des chats et autres mammifères empaillés.

« Il paraît que les décharges électriques répétées, que l'on obtient sur les animaux, leur enlèvent une trop grande quantité d'électricité à la fois pour qu'ils puissent la réparer, et ce fluide si nécessaire à la vie venant à leur manquer, ils périssent de langueur. Une seule commotion ne les tue pas, mais les rend malades pendant quelque temps.

« *Expérience faite sur une vache.*

« Je l'ai faite une seule fois. Une vache était attachée en plein air à un barreau de fer ; la terre était gelée. Je lui fis des passes sur le dos avec la main droite, pendant que je tenais ma main gauche sous sa poitrine ; après quelques passes, j'obtiens une si forte commotion que j'en fus renversé par terre. Je ne saurais dire si ma chute fut due à la force de la secousse ou à la surprise, comme il arriva au premier expérimentateur de la bouteille de Leyde, qui en exagéra tellement les effets, qu'il assura que, pour aucun prix, il ne recommencerait l'épreuve. La vache paraissait fort irritée, et elle m'aurait, je crois, éventré, si je m'étais approché de nouveau ; mais je n'étais pas tenté de recommencer cette expérience. Je ne sais si la vache en fut malade, car elle fut vendue quelques jours après au boucher.

« *Expériences sur le chien et sur le lapin.*

« Je n'ai jamais pu obtenir une seule décharge sur le chien. Je l'ai essayée quelquefois sur le lapin, et avec succès ; il meurt ordinairement le même jour.

« Dans nos pays méridionaux, on n'a pas assez souvent l'occasion de

faire cette expérience, mais elle serait facile dans les pays du Nord où la température au-dessous de zéro se maintient pendant plusieurs mois. On pourrait, là, faire des observations sur de nombreux sujets. »

V

En terminant, je dois ajouter ici que M. Beckensteiner, je crois, est le seul, en France du moins, qui ait fait ces diverses expériences sur les animaux. Et si je les rapporte ici, c'est dans le but de les faire répéter, contrôler par les médecins qui ont le goût et les loisirs suffisants pour s'adonner à de pareilles expérimentations. Je les y engage vivement, non pour satisfaire une vaine curiosité, mais bien pour rechercher quel rôle jouent dans les corps vivants les phénomènes électriques. Si on parvenait, en effet, à le bien connaître, on pourrait, en les reproduisant, les utiliser quelquefois pour l'entretien ou le rétablissement de la santé. Et alors, peut-être, ou appliquerait l'électricité à l'hygiène et à la thérapeutique aussi avantageusement que dans les arts ou l'industrie.

Je recommande particulièrement d'élucider la question du transport des atomes métalliques sur les corps vivants. Ce transport s'opère, dit M. Beckensteiner, quand on établit avec les malades un courant électrique, par l'intermédiaire de pointes métalliques. A l'appui de cette assertion, l'auteur ajoute que les pointes métalliques, employées par lui à cet usage, perdent de leur poids au bout de quelque temps.

Chaque métal, plomb, zinc, antimoine, a-t-il alors, comme l'affirme M. Beckensteiner, des propriétés thérapeutiques analogues à celles que lui reconnaît la matière médicale ? Dans ce cas, y aurait-il parfois avantage à administrer les substances métalliques au moyen de courants électriques ?

Voilà, certes, des questions fort importantes pour la pratique. Et, si elles peuvent être résolues, c'est surtout par les partisans de l'homœopathie, qui étudient et connaissent la plupart des nombreuses actions électives de chaque médicament.

Dr GALLAVARDIN, de Lyon.

Nous recevons une lettre d'un jeune médecin, fils d'une illustration médicale du midi de la France. Cette lettre dans, laquelle nous supprimons, et pour cause, les noms propres et tout ce qui touche aux personnes, est écrite avec tant de cœur, avec un si grand désir de connaître la vérité, avec une si noble franchise, qu'elle nous a paru digne d'être mise sous les yeux de nos lecteurs. A. M.

« Monsieur et cher confrère,

« Souffrez que je vous remercie d'avoir bien voulu, sur la recommandation de..., m'envoyer plusieurs de vos brochures. Je commence à les parcourir, et je ne saurais vous cacher tout le plaisir causé par cette lecture.

« Nous ne nous trouvons pas aujourd'hui, monsieur et cher confrère, dans le même camp; mais nous avons un seul et même but; une seule et même pensée nous préoccupe, celle de soulager nos semblables.

« Vous suivez une route : celle que je cherche à parcourir est bien différente ! Quelle est la meilleure ? Pour ma part, je crois qu'il y a du bien et d'un côté et de l'autre; je ne sais trop, je dois bien l'avouer, ce qu'est l'homœopathie, et je n'en connais un peu que par ce qui a été écrit par mes pareils; je sais très-bien que pour bien connaître quelqu'un il ne faut pas toujours s'adresser à ses ennemis. Mais que faire; ce qui me frappe par-dessus tout, c'est de voir des hommes éminents, d'une vaste science..., abandonner leur ancien camp (1) pour embrasser la nouvelle doctrine et ne plus la quitter.

« Ce qui m'étonne, c'est de voir cette *médecine* attaquée de tous côtés, et pourtant défendue avec tout autant de vigueur, résister à tout, et bien loin d'être apaisée, grandir au contraire; c'est de la voir acceptée non par des intelligences ordinaires, mais par des intelligences supérieures. Et, lorsque j'en entends parler..., je me prends souvent à réfléchir.

« Je ne vous cacherai pas, mon cher monsieur, que je désirerais fort m'instruire là-dessus, savoir enfin un peu ce qui en est. Je ne dis pas que je devienne un des vôtres, vous voyez ma franchise; je ne le pense pas, et j'en serais bien surpris.

« Ne voyez donc dans moi qu'un homme jeune, curieux de s'instruire, avide de savoir et de connaître, et que pousse le vif désir d'être utile à ceux qui voudront bien lui confier leur santé.

« Je vois quelque chose qui réussit; j'en entends dire beaucoup de mal, mais aussi beaucoup de bien; je cherche alors à fixer mon jugement. J'ai pensé que je pourrais m'adresser à vous pour cela..... »

(1) Ceci n'est pas aussi tranché que le dit notre honorable correspondant. Les lecteurs de *l'Art médical* le savent bien. (*N. de la R.*)

Le Rédacteur en chef, JULES DAVASSE.

Paris. — Imprimerie de A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

NOVEMBRE 1865

SÉMÉIOTIQUE

DE LA VALEUR PRÉMONITOIRE DES URINES DANS L'ICTÈRE

Peut-on pronostiquer l'ictère simple par le seul examen des urines? La coloration safranée de ce liquide existe-t-elle avant l'apparition de la jaunisse à la peau? Telle est la question à examiner dans cette note : or, je me prononce pour l'affirmative.

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion de vérifier maintes fois ce fait dans une petite épidémie de jaunisse qui sévit sur notre garnison : tous les malades m'affirmaient qu'avant l'éruption de la jaunisse, leurs urines avaient changé de couleur et qu'elles étaient devenues *rouges*. Depuis il m'est arrivé maintes fois encore de constater le même fait dans d'autres cas d'ictère; aussi regardé-je aujourd'hui comme avéré et constant, pour l'ictère idiopathique, que les urines deviennent véritablement *ictériques*, plusieurs jours et même un septénaire entier avant la manifestation de la jaunisse sur les conjonctives et à la peau.

S'il en est ainsi, nous avons là un phénomène prodromique remarquable sur lequel les accidents gastriques, avant-coureurs de l'ictère, peuvent provoquer naturellement l'attention. Quand on le constate, on peut prédire sous peu de jours l'apparition de la jaunisse. On conviendra que le moyen est facile et ne manque pas d'une certaine importance pratique.

L'observation moderne qui a poussé si loin l'analyse des faits, me paraît très-mal renseignée sur cette question. C'est à peine si elle s'en est aperçue ; elle se tait ou reste dans le doute.

Il faut viser à la tête et citer trois observateurs contemporains des plus distingués, MM. Grisolle, Valleix et Monneret.

Il peut arriver parfois, dit M. Grisolle, que la couleur jaune se montre dans les urines un ou plusieurs jours avant d'être visible à l'extérieur ; ce cas même ne me semble pas très-rare. (*Traité de pathologie interne.*)

Ce qu'il y aurait peut-être de plus intéressant à connaître dans la symptomatologie de l'ictère, c'est la période du début. Il serait de la plus haute importance de connaître la succession exacte des principaux symptômes. Malheureusement les auteurs ont complétement négligé ce point capital de l'histoire de l'ictère... Je vois seulement dans deux cas, que les matières fécales étaient décolorées, et que les urines présentaient la teinte ictérique plusieurs jours avant l'apparition de la jaunisse. D'autres auteurs ont signalé le même fait, mais malheureusement nous n'avons pas sur ce point un nombre d'observations assez considérable. (Valleix, *Guide du médecin praticien.*)

M. Monneret insiste sur la teinte jaune des sclérotiques, parce qu'elle suffit, quelque minime qu'elle soit, pour caractériser l'ictère et toute la classe des maladies qui ont reçu le nom de bilieuse. Il prétend avoir pu, par ce moyen, diagnostiquer nombre de fois l'ictère, à une époque où il avait été entièrement méconnu ; il se tait complétement sur la valeur prodromique de l'urine ictérique. (*Traité de pathologie générale.*)

Les traités les plus récents de seméiologie urinaire,

Neubauer et Vogel, Golding Bird, Beale (1), se taisent complétement sur ce signe pronostique.

Heureusement, en interrogeant l'observation ancienne, nous trouvons une tradition toute faite sur ce point de séméiotique dont elle a précisé admirablement la valeur.

Le plus ancien document nous est fourni par Avicenne. Le médecin arabe fait figurer les urines ictériques dans les prodromes de la jaunisse : « Et minoratur « appetitus et multiplicatur sitis, et exsiccatur corpus, et « *rubescit urina* et non raro subito. » Puis il ajoute : « Et « si fuerint causa ejus vehementia acuitatis cholera in « felle, et inflammatio ejus in ea, tunc signa ejus erunt « assiduatio citrinitatis coloris corporis, et nigredo fa- « ciei. » (Avicenna, *Venetiis apud juntas*, 1612, p. 326.)

Deux siècles plus tard, Actuarius, qui a été le grand uroscope du moyen âge, cite une observation qui est tout un enseignement sur l'importance de la valeur prodromique des urines ictériques : « Urina passea, auri- « ginosi morbi est indicium; ipse in quodam familiari ali- « quando similia accidentia vidi... Multos dies inedia « pressus est... Cœpit male dormire... Evenit, ut urinam « spectaret exeuntem cum colore non naturali... Jussi ut « post mictum eam mihi ostenderet... Postero die detulit « mihi matulam *cum urina passea*, *qualis est arquatorum*, « *prædixi casurum esse in auriginem*... Atqui nos reliquit, « dicens nihil nos scire, atque cibum crassiorem sum- « psit... Et nondum nox erat, quum conturbatio non « pauca hominem corripuit, nosque tum intelligens recte « judicasse, accersivit, atque salutem nobis credidit.

(1) Neubauer und Vogel. *Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns*. Wiesbaden, 1856. — Golding Bird. *Urinary deposits*. London, 1857. — Beale. *De l'Urine, des dépôts urinaires et des calculs*, trad. Ollivier et Bergeron. Paris, 1865.

« Jam cutis corporis, atque oculorum album arquatum « spectabatur... »

On lit dans Lommius, le meilleur séméiologiste du XVIe siècle : « Rubram urinam sequitur vinea et passea. « Illa assati sanguinis, hæc tostæ bilis nuntia : ambæ « similem uvæ nigræ colorem adeptæ. Magna autem ex « parte, si sic diutius feruntur hæ, *auriginem pronun-* « *tiant.* » (*Jod. Lommii observationes;* Amstelodami, 1715, p. 280.)

En même temps, Willichius, grand uroscope de l'époque, disait à propos de l'urine épaisse et verte : « Morbum arquatum, aut præsentem ostendit, aut futu- « rum minatur. » (*Urinarum probationes;* Basileæ, 1582, p. 127.)

J'ai sous les yeux un traité des urines écrit en vieux allemand (1). L'auteur anonyme cite une foule d'exemples concluant à l'importance séméiologique de cette sécrétion, et entre autres celui-ci : — « Voici, dit-il, un malade qui s'aperçoit que son urine est rouge, et qui, sur le conseil d'un médecin, a recours aux bézoards; mais son urine devient de plus en plus rouge. Épouvanté, il consulte un autre médecin, qui lui démontre que cette rougeur des urines est mélangée d'une couleur jaune visible, et *qu'il est menacé de jaunisse;* il lui administre un vomitif et des médicaments apéritifs; l'urine s'améliore de jour en jour, et le malade est guéri. »

L'école de Stahl a recueilli fidèlement cette même tradition séméiologique : « Urina intense flava, vel fusca « aut crocea, ita ut etiam linteamina tingat, *icteri immi-* « *nentis* et præsentis indicium est. » (Nenter, *Fundamenta medicinæ;* Argentorati, 1718.)

Vogel est très-explicite à ce sujet, en parlant de l'ic-

(1) *Relationes curiosæ medicæ von dem bishero sehr verachteten signo physico dem urin...* In-16. Gotha, 1718.

tère : « Urina jam aliquandiu saturate rubra plus minus « adparet, antequam ipse morbus erumpit ; unde cum « præsagire possis. Etiam serum sanguinis emissi lin- « teola tingit. — Il va même plus loin, et affirme le même caractère prodromique pour la décoloration des fèces, tout en admettant une distinction remarquable, également vraie pour les urines : « Griseæ feces jam visuntur « aliquot dies ante icterum. Interdum tamen colorem « suum flavum retinent ; tumque icterus symptomaticus « est, nec ordinariam curationem admittit. » (*Acad. prælectiones de cognosc. et curandis præcipuis c. h. affectibus ;* Lausannæ, 1789.)

« In urina *semper adest flavedo* satis conspicua, etiam *in « primis hujus morbi insultibus...* Fœces alvinæ quando- « que *aliquot diebus ante* hunc paroxysmum incipiunt « esse albæ... *constans observatio est* prima icteri signa in « oculis et urina apparere. » (Van Swieten, t. III, p. 131, 132, 140; Hildburghusæ, 1754.)

Gruner, dans son excellent *Traité de séméiotique*, dit aussi : « Urina flava, seu crocea quæ lintea tingit, et in « qua haud raro flava subsidunt, bilis ad sanguinem « rediturae multitudinem significat, exindeque facile « morbus regius *præsagiri potest*. (*Semiotice ;* Halæ, 1775.)

On lit encore dans une thèse soutenue sous la présidence de Stoll : « Prius ac æger icterico suffunditur co- « lore... In toto corpore pruritum, cutisque ariditatem « percipiunt... urinam crassam, turbidam... crocei magis « excernunt coloris... adparet tandem color flavus primo « in tunica albuginea oculi, etc... » (*Dissertationes medicæ*, edidit Jos. Eyerel, t. I, p. 505.)

L'auteur de cette thèse signale aussi la démangeaison comme prodrome, ainsi que d'autres pathologistes. Une jeune fille, atteinte à plusieurs reprises d'un ictère, me racontait qu'elle savait toujours d'avance que sa jaunisse

allait la reprendre, parce qu'elle éprouvait quinze jours auparavant un prurit intense qui continuait aussi pendant la jaunisse elle-même.

Borsieri clôt la liste des grands pathologistes du siècle dernier et répète avec la tradition : « Imo non « raro morbum ipsum *antecedunt* urinæ croceæ, ac *præ-* « *sagiunt* tum cum saturate rubræ, antequam alibi fla- « vedo se exserat, redduntur. » (*Institutiones medicæ practicæ;* Venetiis, 1786.)

Dans le *Dictionnaire des sciences médicales* (t. XXIII), il est dit que, dans l'ictère par affection subite de l'âme, la couleur morbide paraît presque tout à coup et précède le changement qui s'opère dans les urines, tandis que, dans l'ictère par affection lente de l'âme, les urines sont jaunâtres, puis jaunes, huit, dix ou douze jours avant la coloration de la peau.

Un pathologiste allemand contemporain, Richter, en décrivant l'embarras gastrique prodromique de l'ictère, note l'urine trouble avec dépôt considérable ; il dit même que l'urine devient jaune tout d'abord, sans exception, déposant un sédiment épais et jaunâtre. (*Die specielle Therapie;* Berlin, 1821.)

Je me suis plu à interroger la tradition sur le fait prodromique des urines ictériques, parce que l'observation moderne semble avoir oublié cette question de séméiologie, et même l'avoir mise en doute. Valleix, suivant l'habitude de son école, a demandé à ce propos un nombre plus considérable d'observations. Est-ce qu'une tradition, qui remonte à près de mille ans, qui se répète et se confirme d'âge en âge, ne paraîtrait pas, dans l'espèce, suffisante à l'école numérique? On s'épargnerait souvent bien des labeurs, des méprises ou incertitudes, si l'on prenait la peine de consulter les observateurs d'autrefois.

La valeur prémonitoire des urines ictériques me paraît donc plus qu'établie : le moyen est aussi sûr que facile. Dans de pareilles conditions, il est intéressant de pouvoir prédire une jaunisse plusieurs jours d'avance. Gruner a dit du pronostic en général : « Accedit voluptas summa, quæ hac ex re atque bene factorum « conscientia oritur, gloria denique, dignitas ac fiducia « ægri certissima, modo eventus prædictis respondeat.»

Il ne faut donc pas se contenter, pour prédire la jaunisse, de regarder dans le blanc des yeux, comme le professeur Monneret, pour voir s'il y a teinte ictérique ; il faut, avant tout, inspecter les urines.

IMBERT-GOURBEYRE,
Médecin aux eaux de Royat.

NOSOLOGIE ET SÉMÉIOTIQUE

DE LA DYSPEPSIE

ESSAI SÉMÉIOLOGIQUE

— Suite et fin (1) —

La dyspepsie revêt dans chaque maladie dont elle est le symptôme des caractères particuliers, et ainsi elle devient susceptible d'être convertie en signe.

Pour démontrer cette proposition, il faudrait étudier en détail chacun des *éléments* qui constituent la dyspepsie, indiquer les principales *variétés* de ce syndrome, d'après les associations les plus habituelles de ces éléments entre eux dans des proportions et avec des caractères déterminés, et, enfin, prouver que ces diverses formes apparentes de dyspepsie existent dans un

(1) Voy. *Art médical*, juin et septembre 1865.

rapport constant avec la maladie qui en est la source. Pour cela, nous avons à présenter un double travail, analytique et synthétique.

A. — ANALYSE.

I. — L'étude des éléments de la dyspepsie et de ses formes ne saurait être faite ici avec détail : elle a été généralement exposée par les auteurs anciens ; mais elle a été faite avec plus de soin et de précision par les modernes, grâce à la perfection des moyens d'investigation physique et aux découvertes récentes de la physiologie et de la chimie : nous renvoyons avec confiance, à cet égard, au traité de M. Guipon. On y trouvera tous les renseignements utiles sur la *flatulence*, les *douleurs* variées, la production d'*acides* et de *pituites*, la *lenteur* des digestions, les *altérations* variées des *produits de sécrétion*, les *nausées* et *vomissements*, les symptômes *sympathiques* du côté des organes *respiratoires*, *circulatoires* et *cérébraux*. On y lira la description des variétés ou formes *flatulentes simples* ou *pléthoriques*, *gastralgiques*, *cardialgiques* et *irritatives*, *acide simple*, *acide grave* et *pyrosis*, *atonique* ou *bradypepsie*, puis d'autres variétés plus rares, comme la *boulimique* et la *syncopale*.

II. — Nous devons nous borner ici à un examen séméiotique abrégé des principaux éléments de la dyspepsie, fait dans le but spécial de montrer leurs rapports avec telle ou telle maladie.

a. La *flatulence* est l'élément symptomatique le plus ordinaire de la dyspepsie : on l'observe dans presque toutes les variétés nosologiques, surtout s'il s'agit de femmes ou de sujets à tempérament nerveux et délicat, ou s'il y a abus de nourriture végétale, viandes peu faites, boissons aqueuses ; sa fréquence n'est pas moins

grande chez les enfants à la mamelle et chez tous les malades très-affaiblis, comme dans les cachexies diverses et chez les convalescents; on l'observe comme un des phénomènes prédominants dans la dyspepsie des hystériques et des hypochondriaques, où elle occasionne un ballonnement considérable et devient le point de départ de phénomènes nerveux très-variés et fort pénibles; enfin, elle domine les autres symptômes de la dyspepsie liée à la diathèse veineuse, comme chez les hémorrhoïdaires. Dans ce dernier cas, la flatulence s'accompagne souvent de symptômes pseudo-pléthoriques, de troubles variés dans les fonctions respiratoires, circulatoires et cérébraux qui ont très-souvent donné lieu à de fâcheuses erreurs de diagnostic : dyspnée, palpitations de cœur, battements des artères, somnolence et engourdissement, vertiges, etc.; ce sont même parfois de véritables accidents asthmatiques, avec douleur plus ou moins vive, pouls petit et serré, extrémités froides et anxiété considérable.

b. La *douleur* offre des caractères très-variés. Quelquefois, c'est un sentiment de *chaleur* avec sensibilité à la pression, qui devient une douleur plus aiguë et peut s'accompagner de vomissements, dès qu'il y a ingestion d'alimentation ou de boisson, particulièrement s'il s'agit d'excitants : elle annonce alors une sorte de gastrite subaiguë chez un sujet nerveux, et s'observe surtout chez les sujets fatigués et affaiblis, chez les convalescents ou les chloro-anémiques. Le plus souvent la douleur est *sourde*, *pressive*, et s'observe dans presque toutes les affections dyspeptiques où ne domine pas un état morbide inflammatoire ou nerveux. D'autres fois, elle devient *spasmodique* et très-pénible, avec irradiation dans le dos, et constitue alors la variété gastralgique ou *cardialgique;* dans cette dernière variété, la douleur existe au niveau

du cardia, et reste fixe, insupportable, au-dessus de l'appendice xiphoïde et se propage souvent le long de l'œsophage avec dysphagie spasmodique. Ces douleurs, d'un caractère névralgique, sont quelquefois précédées ou accompagnées de phénomènes de gastro-entérite, comme dans les empoisonnements par des substances irritantes, à la suite d'excès de table ou de nourriture trop grossière, dans le cas de répercussion dartreuse ou arthritique ; elles sont purement nerveuses chez les hystériques, les hypochondriaques et dans les affections vermineuses.

c. Les *aigreurs* simples constituent aussi un symptôme très-ordinaire dans le plus grand nombre des dyspepsies, surtout dans le cas d'usage trop exclusif des féculents, aliments sucrés et boissons acides. Toutefois, on les observe plus particulièrement chez les sujets *affaiblis* soit par des maladies, soit par un régime trop débilitant et dans le cas où il se forme une lésion organique de l'estomac. Le *pyrosis* constitue une variété plus sérieuse qui peut se montrer accidentellement à la suite de l'usage d'aliments trop gras ; plus continu, il est le signe d'un certain degré de phlegmasie de la muqueuse gastrique ou d'une congestion considérable de la veine porte, généralement liée à une maladie du foie ; enfin, s'il est persistant et accompagné de pituites, on doit suspecter fortement une dégénérescence squirrheuse en voie de développement.

d. Une variété plus grave encore de la *dyspepsie* dite *acide* est celle qui a été décrite avec raison sous le nom de *forme acide grave*, et qui s'observe particulièrement chez les femmes *enceintes* et chez les enfants souffrant par la *dentition*. Dans le premier cas, l'estomac est le siége des principaux symptômes ; c'est l'intestin dans le second cas.

Chez les femmes *enceintes*, cette *forme grave* débute par des nausées, avec acidité notable de la salive et de l'haleine. La faiblesse croît rapidement, aux nausées succèdent des vomissements de mucosités acides, puis de bile, mais l'acidité surtout prend un caractère de plus en plus prononcé ; en même temps, les vomissements verts se rapprochent, la faiblesse générale, la fréquence du pouls, l'altération des traits, la maigreur, font des progrès journaliers : bientôt se développent des symptômes cérébraux dont le dernier est une sorte de coma qui annonce inévitablement la mort prochaine du malade, après une lutte de 30 à 40 jours ; la constipation est l'état le plus habituel.

Il n'en est pas de même chez les enfants travaillés par la *dentition*, où la diarrhée constitue le phénomène initial et permanent de la forme dite *intestinale acide grave.* Les selles sont fréquentes et redoublent après le repas, ont une teinte verte caractéristique et une odeur franchement acide. Des coliques assez vives, quelquefois des vomissements, une altération rapide des traits, complètent le tableau. La gravité n'est guère moindre que dans le cas précédent, et la terminaison fatale est aussi généralement la suite d'une sorte de métastase encéphalique.

e. La variété *atonique* ou la *bradypepsie* consiste particulièrement dans une lenteur considérable de l'acte digestif ; elle paraît liée à une diminution d'activité, soit dans le travail de la tunique musculeuse des voies gastro-intestinales, soit dans les fonctions des organes sécrétoires, ou bien à l'allanguissement de la circulation abdominale, tous états organopathiques que domine une atonie particulière de cette partie du système nerveux qui se distribue au système digestif. Cette variété est une des manifestations les plus ordinaires des divers

états diathésiques et constitutionnels, quand ils affectent une allure essentiellement chronique et sont exempts de complications particulières, inflammatoires ou nerveuses. Aussi leur guérison est-elle des plus difficiles: ici l'hygiène n'est véritablement utile que pour prévenir des accidents plus graves; unie aux modificateurs physiologiques généraux, en particulier à tous les moyens susceptibles d'activer la circulation générale et les sécrétions, comme une alimentation tonique, la gymnastique, l'hydrothérapie, les voyages, elle atténue les symptômes sans les guérir; on ne trouve de vrais moyens de curation que dans certains remèdes qui, comme les eaux minérales ou les médicaments homœopathiques appartenant à la classe dite des antipsoriques, agissent spécialement sur l'état constitutionnel ou diathésique, source de la bradypepsie.

f. Quelquefois cette *lenteur* de la digestion se manifeste surtout à l'égard de *certains aliments*, comme les aliments *azotés*. Elle s'accompagne alors de soif, goût pour les acides, bouche pâteuse ou amère, rapports et vomissements.

g. D'autres fois, les aliments *solides* en général sont moins bien tolérés que les *liquides*, et l'on observe aussi la circonstance *contraire :* dans le premier cas, il paraît y avoir insuffisance de la sécrétion du suc gastrique, et dans le second un état d'atonie des vaisseaux absorbants : on perçoit alors facilement dans le ventre, soit par la pression, soit à distance, un bruit particulier de clapotement, qui tient à la stagnation de liquides mêlés aux gaz qui remplissent l'estomac ou l'intestin. Les causes organiques de ces deux bradypepsies particulières sont sous la dépendance d'un de ces états constitutionnels dont nous avons parlé plus haut.

h. L'*appétit* offre des caractères variés : il est le plus

souvent irrégulier et capricieux, assez souvent aussi diminué, plus rarement augmenté *ou dépravé*. La *diminution permanente de l'appétit* coexiste avec les cas de dyspepsie liée à un état d'irritation phlegmasique de la muqueuse gastro-intestinale, et d'une manière moins marquée, avec ceux de dyspepsie atonique, comme aussi avec tous les degrés extrêmes de dyspepsie. Quant à l'*augmentation de l'appétit*, elle existe habituellement dans la convalescence; dans certains cas d'hystérie, on la voit développée à un degré et sous une forme tellement caractéristiques, que M. Guipon a cru devoir instituer une variété particulière de *dyspepsie boulimique*. Ces malades se plaignent de *mourir de faim*, et ils éprouvent tous les symptômes d'une personne atteinte de fringale : fatigue générale, accablement, faiblesse de conception intellectuelle, le sommeil même doit être interrompu pour satisfaire la faim. Du reste, le repas calme toujours momentanément les divers malaises dyspeptiques, comme glaires, acidités, douleurs, qui reparaissent dès que s'est accomplie la phase digestive. Enfin, l'*appétit* se montre généralement *dépravé* chez les chlorotiques et les hystériques, qui sont généralement entraînés vers les substances acides, peu nutritives, quelquefois repoussantes au goût.

i. La *soif* n'offre pas de caractères bien précis à considérer : en général, elle est augmentée dans les cas d'irritation subaiguë des organes digestifs, et diminuée dans la forme atonique.

j. Du côté de la *bouche*, constatons généralement une odeur souvent désagréable, de la sécheresse, une salivation augmentée ou diminuée, donnant lieu à une mousse blanche plus ou moins épaisse, un goût pâteux, amer ou métallique, une *langue* large, généralement saburrale ; la sagacité du médecin saura reconnaître les si-

gnes qui annoncent plus particulièrement, soit un état phlegmasique, soit une névrose. Un *ptyalisme* considérable s'observe surtout quand la dyspepsie est le résultat d'une affection du *foie*.

k. Les *muqueuses buccale* et *linguale*, les *gencives* et les *dents* sont le siége d'*altérations* notables dans un grand nombre de dyspepsies : « Ce sont, dit M. Guipon, tantôt des éruptions papuleuses et pustuleuses, dont la plus fréquente est l'aphthe, des boursouflements, des gerçures, des plaques vasculaires, des fongosités, etc. Quant aux dents, on sait combien elles se carient promptement et se recouvrent de tartre : de là leur déchaussement, leur ébranlement, leur chute. »

l. La *pituite* consiste dans le rejet hors de l'estomac des liquides clairs, albumineux, glaireux, s'accomplissant pendant le travail de la digestion, la nuit ou le matin. Ce symptôme s'observe souvent chez tous les membres d'une même famille ; il paraît être un des premiers effets de l'usage habituel d'alcooliques à jeun, mais on le trouve généralement lié au vice goutteux ou dartreux ou à la diathèse veineuse : aussi se dissipe-t-il souvent dès la première apparition d'une affection cutanée ou articulaire, ou des hémorrhoïdes. Enfin la pituite précède souvent, comme les aigreurs, le développement d'une dégénérescence cancéreuse de l'estomac.

m. Les *nausées* et les *vomissements* accompagnent souvent d'autres symptômes dyspeptiques dans des cas qu'il importe de déterminer, sans parler de ceux où ils sont l'effet d'une surcharge ou d'une inflammation passagères de l'estomac. Les vomissements varient singulièrement pour la quantité et la qualité, et quant à l'heure de la journée où ils se montrent relativement aux repas. On les observe avec presque toutes leurs variétés dans la dyspepsie propre aux *femmes enceintes*, chez

lesquelles ils sont plus généralement *alimentaires* ou *glaireux;* on connaît aussi les vomissements dits *incoercibles* qui constituent l'une des variétés graves de la dyspepsie de la grossesse. Des vomissements alimentaires et glaireux se montrent aussi dans certains cas d'*hystérie* et de *chlorose :* souvent, dans le premier cas, ils affectent une remarquable *périodicité.* Ils sont plutôt *bilieux*, lorsque la dyspepsie est sous la dépendance d'une affection du *foie*, et quand cet organe est le siége de *calculs.* Enfin, ils constituent un symptôme très-important dans les cas de dyspepsie liée soit à une *ulcération* de l'estomac, soit à une manifestation sur cet organe de la diathèse *cancéreuse;* ils sont alors remarquables par leur *répétition* fréquente, par leur coloration *foncée* et la présence du *sang* qu'on y rencontre.

n. Les *selles* sont rarement normales quant à la régularité et à leurs qualités. La *constipation* est l'état le plus ordinaire, surtout dans la forme atonique et en général quand l'*estomac* est seul affecté. Une *tendance diarrhéique* existe plutôt quand l'*intestin* est le principal siége de l'affection : sa persistance annonce une entérite. Nous connaissons les *selles vertes et acides* qui caractérisent la variété *acide grave* chez les *enfants.*

III. Après avoir passé en revue les phénomènes élémentaires de la dyspepsie, que l'on doit considérer comme des troubles *immédiats* des fonctions du système digestif, il nous reste à dire quelques mots, au point de vue séméiologique, des symptômes suivants, qui, bien que *sans liaison anatomique directe* avec les organes affectés, se montrent en même temps que les symptômes directs de ces organes, ce sont : la *lipothymie* et la *syncope*, les *palpitations*, la *dyspnée* et la *toux*,

les *vertiges* et autres phénomènes *cérébraux*, enfin les *troubles* du côté des organes *urinaires*.

a. Disons d'abord que ces phénomènes variés ne se montrent que dans les dyspepsies qui dépendent d'une révolution physiologique ou d'une maladie étrangère au tube digestif. Nous avons déjà parlé de la *dyspnée* qui peut aller jusqu'à l'asthme chez les sujets affectés de la diathèse veineuse et de celle qui résulte d'un ballonnement considérable, comme chez les hystériques et chez les hypochondriaques. La dyspepsie s'accompagne souvent de palpitations dans les mêmes circonstances. Une *toux sèche* existe souvent aussi chez les hystériques pendant le travail de la digestion.

b. Du côté du système *circulatoire*, il faut encore noter, outre les *palpitations :* 1° une sorte de *mouvement fébrile* qui dure autant que l'élaboration des substances alimentaires; on observe plutôt ce symptôme chez les sujets affaiblis, chloro-anémiques, chez les convalescents et dans les états cachectiques; d'autres fois, il fait partie du cortége des symptômes pseudo-pléthoriques signalés chez les sujets atteints de la diathèse veineuse; 2° des *battements artériels* qui se font sentir tantôt au niveau de l'épigastre seul, tantôt au cou et dans les diverses parties du corps, chez les hystériques et les hypochondriaques; 3° des *lipothymies* et même des *syncopes* qui, dans certains cas, constituent un phénomène dominant au point que M. Guipon a cru devoir admettre une *variété syncopale ;* on l'observe chez les personnes faibles et impressionnables, chlorotiques ou anémiques, dans certains cas de grossesse, dans une forme particulière de l'hystérie.

c. Du côté du *cerveau* et des *sens*, les symptômes les plus ordinaires sont une sensation d'*embarras*, de la *somnolence*, des *vertiges*, des *troubles de la vue et de l'ouïe.*

Ils se montrent particulièrement dans la dyspepsie liée à l'hypochondrie, à la goutte et surtout à ce que nous avons appelé la diathèse veineuse. *Au moral*, la *tristesse*, l'*inaptitude à la méditation et à l'étude*, s'observent chez la plupart des dyspeptiques ; chez les hypochondriaques, la tristesse va jusqu'à la *mélancolie*, et cette mélancolie est presque toujours hors de tout rapport avec les phénomènes dyspeptiques proprement dits.

d. Les *urines* présentent souvent des conditions spéciales, comme une densité plus grande, un sédiment plus abondant, dû à un excès d'urée, d'épithélium, et surtout d'oxalates alcalins ; on a même voulu trouver dans cet état des urines, quand il est très-marqué, le siége d'une maladie spéciale que les Américains ont appelée *oxalurie ;* M. le Dr Gallois n'a pas eu de peine à démontrer qu'il s'agit d'un état symptomatique accompagnant diverses maladies graves, et en particulier la goutte, les calculs, la gravelle et la dyspepsie. C'est dire que nous observerons particulièrement ces qualités des urines chez les dyspeptiques *goutteux*.

B. SYNTHÈSE.

Il nous reste maintenant, pour compléter notre étude séméiologique de la dyspepsie, à reprendre l'un après l'autre les états morbides dans lesquels on l'observe et à signaler les caractères de la dyspepsie spéciale à chacun d'eux. Nous allons essayer d'en donner un tableau très-abrégé.

I. AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF. — Les caractères généraux des dyspepsies symptomatiques d'une *affection des voies digestives* sont les suivants : 1° en dehors des troubles digestifs proprement dits, les symptômes dits sympathiques sont peu fréquents et peu mar-

qués ; 2° leur marche est généralement subaiguë, ou au moins n'affecte jamais une franche chronicité; 3° si l'action des causes n'a pas été trop violente et surtout trop prolongée, la guérison de la maladie s'obtient assez facilement par l'éloignement de ces causes et par une médication généralement simple.

a. *Causes externes ou chirurgicales.* — En cas de *contusion*, *plaie*, *brûlure*, *corps étrangers*, symptômes de gastro-entérite légère : douleur qui s'aggrave par la pression, gonflement, cardialgie, vomissements. En cas de *compression* de l'estomac résultant d'une dépression de l'appendice xiphoïde à la suite de chute ou de corset trop serré : douleur épigastrique constante, vomissements fréquents.

Relâchement des parois abdominales, avec ou sans éraillements de la ligne blanche : flatulence et bradypepsie, etc. ; s'il y a *hernie de l'estomac :* gastrodynie passagère, quelquefois nausées et vomissements.

Hernies en général et surtout petites hernies épiploïques : sentiment de gêne, flatulence; quelquefois accès de gastrodynie, avec nausées et vomissements. Au milieu de ces accidents divers, l'appétit demeure intact.

b. *Causes directes ou pathogénétiques.* — *Empoisonnements à doses modérées par des agents irritants ; abus des vomitifs et des purgatifs ; excès de table et de liqueurs alcooliques ; alimentation trop abondante ou trop grossière.* — D'une manière *générale*, symptômes de gastro-entérite subaiguë, douleur avec sensibilité à la pression, nausées, vomissements, anorexie, soif, souvent accidents fébriles spasmodiques ; symptômes susceptibles de se modifier dans chaque cas particulier, suivant la nature spéciale de l'agent pathogénétique, la durée de son emploi et la constitution du sujet. Ainsi, quand il s'agit d'*aliments* pris en *excès* ou d'une nature *trop irritante* ou

trop grossière, les accidents phlegmasiques sont moins aigus que dans le cas d'agents toxiques; si la cause a agi d'une manière plus douce et moins immédiate, mais persistante, on n'a plus que les symptômes de la gastrite chronique, chaleur modérée de l'estomac, soif moins vive avec retour d'appétit, absence de fièvre et rares vomissements. Mais, en revanche, se développent la flatulence, les renvois aigres ou avec goût d'œufs pourris, borborygmes, disposition à la diarrhée, quelquefois lientérie.

S'il y a eu surtout abus des végétaux *flatulents*, des *viandes peu faites* et des *boissons aqueuses*, dyspepsie flatulente simple.

Abus d'aliments *gras* : aigreurs et pyrosis.

Chez les *jeunes enfants* nourris, soit d'un lait, soit d'une autre nourriture de *mauvaise qualité* ou donnés en *trop grande quantité* : tantôt dyspepsie gastrique avec flatulence, dyspnée, nausées et vomissements; tantôt dyspepsie intestinale avec ventre brûlant et gonflé, coliques et diarrhée glaireuse.

c. *Causes indirectes ou hygiéniques. — Épuisement par excès divers, non relatifs à l'alimentation.* — Flatulence, bradypepsie; aggravation, pendant la digestion, de la faiblesse générale, avec léger mouvement fébrile et chaleur à l'estomac; il y a en outre une tendance à des phénomènes de dyspepsie inflammatoire ou spasmodique, sous l'influence du moindre écart de régime.

La *vie trop sédentaire* : flatulence qui s'accompagne soit de symptôme de pseudo-pléthore, soit d'atonie, entraînant l'une et l'autre de la somnolence et de l'engourdissement. Chez les sujets prédisposés, ce genre de vie devient le principe de l'affection connue sous le nom de *pléthore veineuse abdominale*.

Émotions, *chagrins*, *préoccupations tristes* : diminution

notable de l'appétit, bradypepsie, disposition à la gastralgie spasmodique.

Action répétée et prolongée de l'*air froid et humide pendant le travail de la digestion.* — Symptômes de gastro-entérite légère ou de gastralgie plus ou moins douloureuse, surtout pendant le travail de la digestion; diminution de l'appétit, soulagement notable par l'action de la chaleur locale.

d. Sous l'influence des diverses causes signalées plus haut, et sans pouvoir en affirmer de spéciales dans l'état actuel de la science, on a vu quelquefois s'établir une sorte de gastrite ulcéreuse, plus généralement décrite sous le nom d'*ulcère simple* de l'estomac et qui est caractérisée par les phénomènes suivants : douleur fixe assez aiguë, restreinte généralement au-dessus de l'appendice xiphoïde, spontanée, mais augmentant par la pression, sans tumeur apparente et sans fièvre ; vomissements glaireux et alimentaires, souvent mélaniques; difficulté de supporter aucun aliment; marche généralement aiguë; convalescence longue et difficile; récidives fréquentes et terminaison ordinairement mortelle.

II. Révolutions physiologiques de l'économie. — Ces dyspepsies ont généralement une marche subaiguë, quelquefois aiguë dans les formes graves; elles peuvent être passagères ou durer tout le temps que la révolution physiologique met à s'accomplir. S'il y a prédisposition, elles sont pour les maladies constitutionnelles une occasion de se manifester sur le tube digestif.

Dentition. Le plus ordinairement accidents *diarrhéiques* variés; quelquefois il s'y joint anorexie et vomissements. Dans des cas plus rares, symptômes graves qui paraissent liés à une sorte d'entérite spéciale, dé-

crite plus haut sous le nom de *dyspepsie intestinale acide grave*.

Grossesse. Quelquefois flatulence simple ou aigreurs; le plus ordinairement *nausées* et *vomissements* alimentaires et pituiteux, plus rarement bilieux; ces vomissements peuvent être le seul phénomène dyspeptique ou être unis à d'autres, soit spasmodiques, soit pseudopléthoriques, comme somnolence, dyspepsie, vertiges, céphalalgie : plus rarement syncope.

Deux formes graves s'observent encore trop souvent : les *vomissements* dits *incoercibles* et la *dyspepsie acide grave*, dont nous avons tracé les principaux symptômes.

Établissement et fin de la menstruation. Signalés généralement par des symptômes de dyspepsie flatulente ou gastralgique très-modérés quand il n'y a pas de complication de chlorose ou d'hystérie. Dans le cas d'aménorrhée, les symptômes dyspeptiques sont plus caractérisés, avec gonflement et douleur à l'épigastre, qui s'étend jusqu'au-dessus des omoplates; en même temps, grande lassitude et répugnance pour le mouvement. La ménopause s'accompagne souvent de phénomènes analogues; en outre, les bouffées de chaleur, surtout à la face, après le repas, constituent un symptôme caractéristique.

Convalescence. Bradypepsie, légère réaction fébrile après le repas; si l'on cède trop à l'appétit alors si développé, flatulence, aigreurs, puis symptômes inflammatoires ou nerveux modérés de la dyspepsie gastralgique, variété dite irritative.

§ III. Affections locales graves et chroniques étrangères au tube digestif. — Les caractères de ces dyspepsies ont été bien tracés par M. Guipon (1).

(1) *Loc. cit.*, p. 153.

Affection du cerveau à marche lente, insidieuse (tumeur, ramollissement, phlegmasie chronique). Dyspepsie atonique, anorexie; en même temps somnolence, céphalées fréquentes, inertie musculaire, vertiges, faiblesse de la mémoire; puis se manifestent les signes plus précis de la lésion cérébrale.

Affection du foie à développement latent (tumeurs, hypertrophie, atrophie, cirrhose et surtout hépatite chronique). Diminution de l'appétit, pesanteur, picotements à l'épigastre, quels que soient les aliments ingérés, douleur sourde au niveau de l'hypochondre droit, qui s'irradie au dos et à l'épaule droite; ptyalisme fréquent à jeun et dans l'intervalle des repas, nausées et vomissements. A l'examen, voussure de la région épigastrique, qui se prolonge du côté droit avec sensibilité à la pression et matité à la percussion.

IV. Affections étrangères au tube digestif.

a. *Toxication.* — *Alcoolisme :* anorexie, pyrosis, pituites; symptômes sympathiques très-marqués du côté du système nerveux, vertiges, palpitations : dans une observation rapportée par M. Guipon, on constate une anesthésie générale de la peau.

Maladies médicamenteuses. Nous ne parlons pas ici des cas où l'action toxique est arrivée jusqu'à déterminer l'état cachectique. Les accidents dyspeptiques peuvent être très-variés quant à la forme (phlegmasique, spasmodique, atonique) et au degré d'intensité, suivant la nature de l'agent toxique, suivant le tempérament du sujet, les symptômes locaux inflammatoires ou nerveux, que l'action primitive du remède a pu développer. Ici la connaissance de la cause et des symptômes concomitants est indispensable pour le diagnostic.

Nous rapprochons de cette classe de maladies, l'*impa-*

ludation, signalée plus haut : cette dyspepsie est spasmodique, accompagnée d'anorexie; elle a succédé à l'accès de fièvre; elle disparaît au retour d'un accès, et guérit avec la fièvre elle même, sous l'influence du quinquina.

b. *Maladies avec altérations appréciables de certains liquides de l'économie.* — *Chlorose :* Anorexie ou *goûts bizarres* qui se portent surtout sur des aliments trop salés, épicés, quelquefois sur des substances d'un goût répugnant ou des substances non alibiles; pression après le repas; flatulence légère, aigreurs, bradypepsie, quelquefois vomissement; dans le cas d'aménorrhée, douleur à l'épigastre qui s'étend au dos jusqu'en haut des épaules. Souvent d'autres symptômes dyspeptiques tenant à une complication hystérique.

Maladie de Bright : Longtemps avant tout autre symptôme caractéristique, diminution de l'appétit, dyspepsie flatulente, gastralgique, acide ou mixte. Médication symptomatique inutile.

Diabète : Anorexie ou boulimie; soif extrême, lenteur des digestions; cette forme symptomatique est rare.

c. *Névroses.* — *Hystérie :* La flatulence et la gastralgie, unies dans des proportions variées, constituent généralement le fond de l'affection spéciale : flatulence de l'estomac avec ballonnement qui va jusqu'à déterminer la dyspepsie, flatulence intestinale jusqu'à la *tympanite;* gastralgie généralement *spasmodique*, quelquefois *cardialgique*, s'irradiant au dos et aux diverses parties du ventre ou du thorax; quelquefois avec vomissements pénibles; persistance, à la suite des crises, d'une grande sensibilité à l'épigastre, avec faiblesse considérable. Quelquefois *pulsations* fort incommodes, isochrones aux battements artériels, qui se font sentir particulièrement à l'épigastre et au cou. D'autres fois, les douleurs spas-

modiques font place à des *vomissements nerveux périodiques*.

Hypochondrie : Flatulence, gastrodynie, cardialgie, avec caractères analogues aux mêmes symptômes dans l'affection hystérique; la tympanite n'est peut être pas aussi prononcée, mais les renvois à vide et les vents se renouvellent d'une manière incessante avec borborygmes considérables; le sujet suit, en quelque sorte, au sein de ses organes, les aliments qui lui semblent marcher à travers des obstacles répétés : mélancolie extrême, vertiges, battements par tout le corps, constipation rebelle qui désole le malade.

d. *Maladies constitutionnelles.* — Dans ces maladies en général, surtout dans la dartre, le rhumatisme et la goutte, on doit distinguer *deux sortes* de dyspepsies : la première se manifeste d'une manière presque soudaine; elle semble provenir d'une action directe et violente de la maladie, qui est comme chassée de son siége de prédilection par une répercussion subite; on l'appelle alors *métastatique :* ses symptômes ont toujours une certaine acuité et peuvent même être suraigus; ils participent de ceux de la gastrite et de ceux de la gastralgie spasmodique, s'accompagnant ordinairement de nausées pénibles et de vomissements; quelquefois aussi surviennent des accès d'asthme, de syncope, même d'apoplexie; quand ces accidents arrivent ainsi à un haut degré, en affectant une marche rapide, on doit craindre une terminaison fatale.

Ces cas sont heureusement les plus rares; très-communs, au contraire, sont ceux où la maladie donne lieu à des symptômes dyspeptiques qui affectent une marche plutôt chronique; on les observe surtout, selon la remarque de M. Bazin, dans la période de début ou d'accroissement de la maladie, avant qu'elle ait produit sa

manifestation locale habituelle sur la peau et sur les articulations.

Dans la *goutte* et le *rhumatisme*, la flatulence, les aigreurs, les symptômes gastralgiques, n'acquièrent pas généralement une grande intensité; l'atonie domine plutôt, c'est-à-dire la bradypepsie, surtout chez les goutteux, avec tendance à la tristesse et à l'irritabilité. Voici, du reste, la description que donne Cullen de la *dyspepsie des goutteux* : « Défaut d'appétit, nausées, vomissements, flatulence, rapports acides et venteux dans la région de l'estomac. A ces symptômes se joignent fréquemment des douleurs et des crampes dans différentes parties du tronc et dans les extrémités supérieures, qui se dissipent lorsqu'il sort des vents de l'estomac; et aussi communément constipation, quelquefois un dévoiement mêlé de coliques. — Hypochondriacisme (suivent détails) : souvent aussi palpitations, faiblesse, asthme, vertiges et accidents apoplectiques. » L'oxalurie que nous avons indiquée plus haut s'observe aussi presque exclusivement dans la dyspepsie goutteuse.

Dans le *rhumatisme*, manquent les effets symptomatiques que nous venons de signaler; du reste, les accidents sont plus passagers, ils affectent une allure moins chronique et subissent d'une manière caractéristique l'influence des variations de la température.

La dyspepsie des *dartreux* est généralement gastralgique, à forme plutôt irritative que spasmodique; les douleurs sont quelquefois vives, térébrantes ou lancinantes; elles naissent ou s'aggravent manifestement sous l'influence des émotions morales; il existe une grande susceptibilité à l'ingestion dans l'estomac de toute substance, alimentaire ou liquide.

Chez les *scrofuleux*, flatulence; quelquefois gastralgie chez les sujets sensibles, surtout chez les filles. Quand

la maladie sévit particulièrement sur le foie, comme dans l'affection scrofuleuse du foie, décrite par M. le professeur Graves, on constate : soif vive, tympanite, selles diarrhéiques liquides, en partie bilieuses, en partie argileuses (selon les variations de la sécrétion hépatique); il y a presque toujours aussi un mouvement fébrile assez vif et un affaiblissement progressif : forme assez grave.

e. *Diathèses.* — *Diathèse vermineuse.* Symptômes *très-variés*, quelles que soient les espèces de vers : tænia, lombric, ascaride. Anorexie ou boulimie, nausées fréquentes; douleurs spasmodiques qui se font sentir, tantôt à l'épigastre, tantôt autour du nombril, mais généralement passagères, plus marquées le matin à jeun, et se calmant parfois immédiatement après le repas; sécrétion salivaire considérable; odeur acide de l'haleine; vomissements de mucus liquide.

Diathèse cancéreuse. Flatulence simple, sans gastralgie, disposition opiniâtre aux aigreurs et aux pituites, intolérance du vin et grande facilité à avoir des indigestions ; les aliments légers sont seuls supportés avec l'eau pure; plus tard surviennent, d'une manière habituelle, des vomissements alimentaires ou pituiteux, puis mêlés de sang, et bientôt des *matières noires caractéristiques* (vomissements mélaniques); alors une tumeur devient généralement sensible, etc.

Diathèse veineuse, ou peut-être mieux ici maladie hémorrhoïdaire. Flatulence avec douleur pressive ou spasmodique légère à l'épigastre, *ballonnement*, symptômes *pseudo-pléthoriques*, comme plénitude générale, dyspnée, palpitations, tête lourde, somnolence; quelquefois vertiges ou accès d'asthme avec l'anxiété qui les accompagne. Lorsque ces symptômes se dissipent, ils sont remplacés pas des douleurs de reins et des élan-

cements dans le bas-ventre, sentiment de *plénitude abdominale* et de chaleur dans le rectum, constipation, prurit à l'anus, dysurie, etc. Ce sont les symptômes de la pléthore veineuse abdominale, puis de la congestion hémorrhoïdaire.

f. *Cachexies*. Nous entendons par ce mot, avons-nous dit, l'ensemble des phénomènes communs qui caractérisent les dernières périodes des maladies constitutionnelles; ajoutons la période ultime des névroses graves et de toutes les maladies qui ont profondément affecté l'organisme. Alors on observe, d'une part, des symptômes d'atonie des organes digestifs, anorexie, bradypepsie, flatulence modérée, quelquefois vomissements alimentaires; d'autre part, quelques douleurs gastralgiques modérées chez les sujets névropathiques, plus souvent une certaine réaction fébrile pendant le travail de la digestion.

Tels sont, sommairement exposés, les symptômes élémentaires qui nous ont paru caractériser plus spécialement la dyspepsie dans les principaux états morbides où nous l'avons rencontrée. Nous ne méconnaissons pas tout ce qu'il y a encore d'insuffisant et de vague dans cette exposition, comme dans le reste de notre travail; mais nous prions le lecteur de ne pas oublier que ce n'est qu'un essai, c'est-à-dire une œuvre qui, loin d'avoir la prétention d'être dogmatique, constitue plutôt un appel à l'observation, une invitation à l'étude de la question, pour arriver à éclaircir ce qui reste obscur, à achever ce qui demeure trop incomplet. Nous serions heureux d'avoir été compris.

Il nous resterait, pour terminer l'étude de la dyspepsie, à en établir le pronostic et instituer le traitement;

nous ne sommes pas prêt à cet égard : nous pouvons dire seulement que, si nous sommes arrivé à résoudre, dans le sens de la vérité, le problème nosologique de la dyspepsie, et à offrir une séméiotique basée sur une exacte observation des faits, le lecteur comprendra facilement qu'un diagnostic précis et complet en est la conséquence naturelle, qu'un pronostic peut dès lors être porté, avec toutes les garanties de la certitude scientifique; que la thérapeutique enfin possède des indications qui ne sont plus arbitraires, mais positives, et conduisant logiquement à cette médication rationnelle et efficace, but suprême de toute véritable étude médicale.

E. ESCALLIER.

MÉDECINE PRATIQUE

UN CAS D'AMBLIOPIE SATURNINE GUÉRIE PAR LA NOIX VOMIQUE

Depuis les récentes applications de l'ophthalmoscopie au diagnostic des lésions profondes du globe oculaire, on est parvenu, d'une manière très-précise, à rattacher ces dernières à certaines maladies constitutionnelles et cachectiques, dont elles sont une des manifestations habituelles. Telles sont, pour les premières, les choroïdites plastiques (avec les deux variétés admises : choroïdite disséminée et pointillée), symptôme fréquent et souvent unique de la syphilis; pour les secondes, les rétinites exsudatives (affectant la couche des cellules nerveuses qui subissent la dégénérescence graisseuse), liées, presque exclusivement, au développement avancé du mal de Bright. On les a pourtant constatées (Desmares) dans quelques cas d'ambliopie diabétique, quoi-

que le plus souvent on ne rencontre alors aucune lésion spéciale (1).

Mais il est un autre état morbide dont les symptômes peuvent affecter une grande variété, suivant les prédispositions individuelles et la durée de l'influence délétère, et qui peut déterminer des perturbations graves dans la vision : nous voulons parler de l'intoxication saturnine.

Les auteurs qui se sont spécialement occupés, dans ces derniers temps, de l'ophthalmoscopie (2), restent à peu près muets sur cette circonstance étiologique. Nous ne pouvons l'attribuer qu'à la rareté relative de l'ambliopie saturnine et à la rapidité avec laquelle elle peut disparaître. Ayant pu récemment examiner un malade qui en était affecté, nous croyons intéressant de rapporter son observation.

Observation.

Intoxication saturnine chez un peintre-plâtrier ; cécité subite ; rétino-choroïdite simple ; hyperémie veineuse de la papille. Guérison par Nux vomica.

P. D....., 40 ans, peinte-plâtrier, exerçant cette profession depuis sa jeunesse, a été, à diverses reprises, atteint de quelques coliques de plomb qui, néanmoins, ne l'ont jamais contraint de quitter son travail.

7 juillet 1805. Depuis trois jours, après avoir manié de grandes quantités de céruse, il est atteint de malaises généraux sérieux : lassitude extrême, anéantissement, grande agitation, inquiétudes dans les mem-

(1) On sait que M. de Graefe est un des premiers qui ait signalé la présence de la cataracte compliquant l'ambliopie diabétique. Selon lui, le diabète est une cause fréquente de la cataracte, surtout chez les jeunes sujets ; de là la nécessité d'examiner soigneusement leurs urines. La variété constamment observée a été la cataracte corticale molle. (Voy. Gueriniau, *De l'Ophthalmoscope*, p. 412 et suiv. Paris, Asselin, 1860.

(2) Voy. Follin, *Leçons sur l'application de l'ophthalmoscope au diagnostic des maladies des yeux*. Paris, Leclercq, 1859. — Fichel, *Iconographie ophthalmologique*. Paris, Baillière, 1859. — Wecker, *Études ophthalmologiques*. Delahaye, 1803. — Sous, *Manuel d'ophthalmoscope*. G. Baillière, 1865. — Schweigger, *Leçons d'ophthalmoscopie*. G. Baillière, 1865.

bres, qui l'obligent à changer à chaque instant de place, insomnie persistante. A ces symptômes se joignent des vomissements bilieux répétés, de l'inappétence sans soif et une constipation opiniâtre; pas de coliques néanmoins. Vers quatre heures du matin, après une nuit pénible, il perd brusquement la vue et se trouve plongé dans des ténèbres complètes.

Le 8. Je le trouve dans l'état suivant : la tête est libre, le teint grisâtre; les yeux ne présentent aucune injection vasculaire visible; l'iris brun est à peine mobile sous l'influence d'un jet de lumière vive; la pupille est moyennement dilatée des deux côtés; le globe assez dur à la pression. Phosphènes nuls, *cécité absolue*.

Avec l'ophthalmoscope, on éclaire parfaitement le fond de l'œil qui est manifestement plus rouge qu'à l'état normal; la pupille apparaît fort nette, d'une coloration légèrement rosée. Les vaisseaux qui en émergent sont injectés; les veines surtout présentent des varicosités énormes; elles sont inégales et tortueuses; ni hémorrhagie, ni exsudats. Ces lésions sont plus prononcées à droite qu'à gauche.

Les gencives offrent un liséré bleu noirâtre très-marqué; la bouche est sèche, la langue pâteuse, couverte d'un enduit jaune, épais; ventre légèrement ballonné, douloureux; constipation tenace; pouls petit, faible, irrégulier, à 100.

Nux vomica, 6ᵉ.	12 globules.
Eau pure.	150 grammes.

A prendre dans les 24 heures.

Lavement savonneux.

Le 9. La journée a été bonne; l'accablement est néanmoins aussi prononcé; les vomissements ont cessé, mais il n'y a pas eu de selles. Vers le matin (cinquante heures environ après le début de la cécité) la vue se rétablit graduellement, si bien que le malade commence à distinguer les objets environnants comme dans un brouillard.

La pupille droite est toujours dilatée, immobile; l'ophthalmoscope fait toujours constater de la congestion choroïdienne; la pupille gauche est normale. La langue est plus humide, le ventre moins douloureux; émission de beaucoup de gaz, constipation persistante, malgré deux lavements savonneux. *Nux ut supra*.

Le 12. L'amélioration a été progressive; la vision est parfaite; la pupille droite est légèrement plus dilatée que la gauche. Encore quelques varicosités choroïdiennes. L'appétit est revenu; les selles sont faciles et naturelles. Le liséré violacé des gencives persiste, mais a pâli. Pouls fort, régulier, à 75. *Nux ut supra*.

Le 15. Je revois le malade qui continue à bien aller et qui me présente alors un symptôme qu'il n'avait pas encore eu : *coloration jaunâtre très-marquée des deux sclérotiques* (notée par Hahnemann); d'ailleurs, la vision est parfaite. Les deux pupilles sont égales. L'examen ophthalmoscopique ne fait plus constater d'injection notable. Les veines restent légèrement variqueuses, mais leur calibre est normal.

Je conseille le repos au malade et lui prescris, comme criterium de la présence du plomb, un bain sulfureux tous les deux joues. — La guérison s'est maintenue parfaite.

Nous avons eu certainement chez notre malade une rétino-choroïdite saturnine, pour parler le langage actuellement usité; lésions passagères comme les symptômes physiologiques qui les ont accompagnées et subordonnées comme elles à la marche de la maladie (1). Ce fait vient confirmer de plus en plus la vérité des observations de Hahnemann sur le plomb et ses effets pathogénétiques relativement à la vision.

Est-il possible de préciser les indications thérapeutiques du plomb dans les affections diverses du globe oculaire? D'après le seul fait que nous avons observé, ce métal paraît agir surtout sur la circulation veineuse de la choroïde et de la rétine. Peut-être pourrait-on l'utiliser dans les stases veineuses de ces organes, voire même dans les extravasations sanguines qui en sont parfois la conséquence, pourvu que l'état général du malade réponde au tableau morbide du plomb dans son ensemble, c'est-à-dire porte en lui le caractère de l'asthénie et de la débilité. D'ailleurs, depuis la découverte de l'ophthalmoscopie, les effets électifs de nos médicaments sur les milieux et les membranes du globe oculaire sont entièrement à préciser et ce ne peuvent être que des

(1) Il faut reconnaître néanmoins que ces lésions sont bien insuffisantes pour expliquer la cécité absolue du malade. Il y a là une lacune que l'ophthalmoscope lui-même n'a pu combler.



faits comme le nôtre qui peuvent nous guider dans ce labyrinthe.

Quant à l'action de la noix vomique elle a été aussi évidente que possible ; elle répondait à l'état général, surtout aux complications gastriques, et nous avons vu une fois de plus que la lésion s'est trouvée subordonnée à la maladie et à sa forme propre.

NOACK fils,
de Lyon.

CAUSERIES CLINIQUES

X

TRAITEMENT DE L'IVRESSE.

Aucun médecin ne contestera, sans doute, que l'on doive et que l'on puisse traiter avec succès les gens atteints d'alcoolisme chronique. Mais y aurait-il pareillement opportunité à traiter l'alcoolisme aigu ? Aurait-on quelques chances de réussite, en employant la médication homœopathique pour dissiper les accès d'ivresse ? Voilà des questions qui, je vais le démontrer, réclament une solution plus pressante qu'on ne le croit généralement.

I. Il y a, en effet, opportunité à traiter les gens atteints d'ivresse pour trois motifs : dans leur propre intérêt, dans l'intérêt des personnes et choses de leur entourage, et enfin dans l'intérêt même de leur descendance. Je vais rapidement développer ces divers motifs.

On peut mourir pendant les accès d'ivresse, soit à cause des accidents traumatiques qu'elle occasionne, soit à cause de l'action élective de l'alcool sur le cerveau

et les poumons, alors que, par exemple, survient une hémorrhagie cérébrale ou une apoplexie pulmonaire.

Ainsi, Devergie signale l'ivresse comme cause déterminante d'une mort rapide dans 14 cas sur 40. (*Ann. d'hyg. publ. et de méd. lég.*, t. XX, p. 76; 1838.)

M. G. Tourdes, sur 63 autopsies faites à la suite de mort subite, a rencontré 9 fois l'ivresse, 17 fois la plénitude de l'estomac dénotant un repas récent et probablement l'influence de l'alcoolisme, 37 fois la vacuité de cet organe. (*Dict. encyclop. des sciences médicales*, t. II, p. 710; 1865.)

M. Tardieu rapporte 7 cas de mort pendant l'ivressse. (*Ann. d'hyg. publique et de méd. lég.*, t. XL.)

D'après Sussmilch, le nombre des individus morts à Londres, pendant l'ivresse même, a été de :

27	depuis	1636	jusqu'en	1710
499	—	1711	—	1735
631	—	1736	—	1758

Si les tables de la mortalité produite par l'alcoolisme aigu étaient tenues avec soin, on pourrait, sans doute, citer un bien plus grand nombre de faits semblables. On aurait lieu de les observer particulièrement dans les contrées septentrionales, où les habitants consomment généralement plus d'alcooliques, et subisssent plus fréquemment les transitions du froid à la chaleur ou de la chaleur au froid, transitions qui aggravent l'ivresse et ses dangers immédiats.

D'autre part, les gens ivres peuvent, dans des accès de fureur, de délire ou de jalousie, tuer ou blesser les personnes de leur entourage, allumer des incendies, occasionner certains dégâts, commettre divers méfaits.

Dès la plus haute antiquité on avait reconnu les funestes effets de l'ivresse sur le produit de la conception,

témoin l'assertion d'Hippocrate (trad. Littré, VIII, 501) et cette loi de Carthage qui défendait toute autre boisson que l'eau le jour de cohabitation maritale.

La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître que les parents qui conçoivent en état d'ivresse procréent fréquemment des enfants éclamptiques, épileptiques, idiots, hydrocéphales et sujets à diverses affections cérébrales si fréquentes et si souvent mortelles dans le bas âge.

On a constaté que chez les quakers, dont la tempérance et la sobriété sont bien connues, la moitié des enfants parviennent à l'âge de 45 ans, tandis que chez les habitants de Londres, si généralement adonnés aux alcooliques, la moitié des enfants meurent avant d'avoir atteint l'âge de 3 ans. Ici l'ivresse des procréateurs n'est pas la seule, mais du moins une des principales causes de la mortalité prématurée des enfants.

Comme les excès alcooliques provoquent fréquemment la surexcitation des impulsions génitales, on peut, avec quelque vraisemblance, supposer que les ivrognes d'habitude procréent étant ivres, sinon tous leurs enfants, du moins quelques-uns d'entre eux. S'il en est ainsi, on pourrait souvent mettre sur le compte de l'ivresse elle-même les dégénérescences héréditaires observées dans la descendance des ivrognes.

Dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie* (1864, J.-B. Baillière, t. I, p. 675), je trouve les exemples suivants, qui montrent d'une manière saisissante la réalité de ces dégénérescences :

« Un ivrogne a trois fils : le premier est atteint de délire périodique, le second est dans un état de stupeur habituelle, le troisième est un idiot complet.

« Un autre sept enfants : deux meurent en bas âge par suite de convulsions, le troisième devient aliéné à 22 ans, le quatrième peut passer

pour un véritable imbécile de naissance, le cinquième est bizarre et misanthrope; une jeune sœur souffre d'un état névropathique avec phénomène d'hystérie, et sa raison s'est déjà troublée plusieurs fois; le septième est un ouvrier intelligent, mais d'un tempérament très-nerveux; il est déjà sujet à des accès de tristesse.

« F....., âgé de 50 ans, admis six fois à Bicêtre pour des troubles cérébraux consécutifs à des excès alcooliques prolongés pendant vingt ans, a eu 16 enfants : 15 sont morts; 2 à la suite de la rougeole, 2 à la suite de maladies de langueur, tous les autres d'accidents cérébraux; aucun n'a dépassé 3 ans. L'enfant qui reste est épileptique et scrofuleux.

« Un homme, ayant éprouvé à diverses reprises des symptômes d'aliénation mentale dus à des excès alcooliques, se marie deux fois : avec sa première femme, il a 16 enfants, dont 15 sont morts avant un an au milieu de convulsions; le survivant est épileptique. Avec sa seconde femme, il a eu 8 enfants : 7 ont succombé à des convulsions, le survivant est scrofuleux.

« A un autre point de vue, que je ne puis qu'indiquer ici, ces dégénérescences héréditaires nous donnent le secret de certaines situations intellectuelles qui, sans elles, resteraient inexplicables. Elles nous montrent l'origine de ces perversions précoces, de ces déviations incroyables du sens moral, de ces perversités étranges, véritables monstruosités de la nature humaine, que les tribunaux sont souvent appelés à poursuivre. Comme conséquence, elles nous imposent, à nous médecins, le devoir humanitaire d'éclairer les magistrats sur l'état mental de ces tristes rejetons de l'alcoolisme, *maniaques instinctifs*, coupables de naissance, si je puis ainsi dire, et mieux à leur place dans un asile que dans une prison. »

II. J'ai suffisamment démontré, je crois, l'opportunité pressante de traiter les accès d'alcoolisme aigu au triple point de vue des gens ivres, de leur descendance et des personnes et choses de leur entourage. Il me reste maintenant à rechercher, à démontrer quelle peut-être l'efficacité du traitement homœopathique pour dissiper l'ivresse et prévenir ses dangers immédiats. Dans ce but, je citerai l'observation suivante :

Observation.

***Violentes convulsions cloniques des quatre membres, agitation extrême, chez un jeune homme ivre, guéries par* nux vomica, 30ᵉ.**

Il y a sept ou huit ans, me trouvant à la campagne, je fus appelé à donner des soins à un grand et robuste jeune homme de 20 ans, qu'on avait enivré avec du vin et de l'eau-de-vie.

Je le trouvai étendu sur son lit, en proie à une agitation extrême et les quatre membres saisis de convulsions cloniques si violentes, que cinq vigoureux cultivateurs pouvaient à peine les réprimer.

Comme ce jeune homme avait été ramené du cabaret seulement depuis une heure environ, je présumais qu'il avait peut-être encore l'estomac rempli de boissons alcooliques, et que, dès lors, des globules de *nux vomica* ou de *belladona* n'auraient aucune action en pareil cas. Aussi lui fis-je tout d'abord respirer un flacon d'ammoniaque, à plusieurs reprises. Chaque fois ces inhalations calmaient un peu ces violentes convulsions; mais ce calme était bien léger et surtout fort peu durable.

Alors, voyant les convulsions reparaître aussi fortes qu'au début, j'administrai le remède homœopathique qui me paraissait le mieux indiqué chez ce jeune homme. Dans ce but, je fis dissoudre 5 ou 6 globules de *nux vomica*, 30ᵉ, dans une verrée d'eau, et je lui en donnai une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes.

Après la seconde cuillerée, les convulsions des quatre membres avaient déjà considérablement diminué, et, après la troisième, elles cessèrent complétement pour ne plus revenir, ainsi que l'agitation et l'anxiété générales.

Je fus très-étonné, je l'avoue, en voyant le prompt succès de la 30ᵉ dilution de *nux vomica* chez un sujet gorgé de ces boissons alcooliques, qui sont réputées, comme étant l'antidote le plus puissant de ce même remède. Mais il est vrai que l'action antidotaire est ici réciproque. Cette dernière considération pouvait servir à m'expliquer ce résultat aussi rapide que manifeste. S'il n'est pas suffisant pour démontrer l'efficacité habituelle du traitement homœopathique contre les accès d'ivresse, il est néanmoins assez encourageant pour

nous faire tenter, en pareille occurrence, l'emploi de cette médication.

III. L'anatomie pathologique peut, comme la séméiotique, nous guider dans le choix des remèdes indiqués homœopathiquement contre l'ivresse alcoolique. Interrogeons donc simultanément ces deux sciences.

Sur 7 individus qui avaient succombé en état d'ivresse, M. Tardieu a trouvé 2 cas d'apoplexie pulmonaire et 5 cas d'apoplexie méningée. Aussi en conclut-il que de telles lésions, la dernière surtout, sont si fréquentes en pareille occurrence, que l'on peut presque les considérer comme caractéristiques.

L'alcoolisme aigu manifeste son action sur le système cérébro-spinal et y produit des symptômes variés, en rapport avec les prédispositions individuelles. Cette diversité séméiologique a porté les auteurs à distinguer trois formes de l'ivresse : la forme *délirante*, la forme *convulsive* et la forme *apoplectique*, cette dernière amenant plus ou moins rapidement la mort.

Ces trois formes ne pourraient-elles pas être regardées comme trois périodes successives de l'ivresse?

Si je considère, d'une part, les symptômes pathogénétiques consignés dans la *matière médicale pure*, et, de l'autre, les symptômes et lésions ordinaires de l'ivresse, je crois que l'on peut employer contre elle cinq médicaments, entre autres. Je les énumère ci-après, les faisant suivre de leurs indications différentielles :

Belladona : Figure empourprée, face et yeux injectés, congestion cérébrale, menace d'apoplexie méningée, agitation, délire, fureur, convulsions, pupilles dilatées, urines involontaires.

Hyoscyamus : Accès de fureur ou de jalousie, convulsions surtout des muscles de la face et des yeux (strabisme), urines et selles involontaires.

Opium : Forme apoplectique de l'ivresse, coma, menace d'hémor-

rhagie cérébrale, corps froid et insensible, pouls à peine perceptible.

Nux vomica : Accès de colère et d'emportement, surexcitation des impulsions génitales, violentes convulsions musculaires surtout dans les membres, constipation, ténesme vésical, ischurie.

Phosphorus : Menace d'hémorrhagie pulmonaire et cérébrale, hémorrhagie par la peau et par divers orifices (yeux, nez, oreilles, anus, utérus), urines et surtout selles involontaires (l'anus béant), satyriasis, convulsions ou paralysies musculaires, bouffissure de la face, surtout autour des yeux, pâleur alternant avec rougeur du visage. Ce remède convient particulièrement chez les ivrognes d'habitude, déjà affectés des lésions propres à l'alcoolisme chronique.

Ces médicaments sont-ils les mieux indiqués contre l'ivresse ? Le traitement homœopathique pourra-t-il suffire à la dissiper et à prévenir ainsi ses dangers immédiats ? Mes confrères doivent être tentés d'interroger, sur ce point, l'expérience clinique, après avoir lu l'observation de guérison si rapide que je viens de rapporter.

On devra administrer l'un des cinq remèdes précités, alors seulement que l'on supposera les boissons alcooliques plus ou moins complétement absorbées. Mais si elles ne le sont point encore, l'indication est d'employer la méthode évacuante. Ainsi, par exemple, « lorsque le médecin arrive à une époque encore assez rapprochée du moment de l'ingestion, il a lieu d'espérer que l'absorption n'est pas complète. Il doit alors chercher à débarrasser l'estomac d'une partie de l'alcool, en provoquant le vomissement (titillation de la luette, ingestion d'eau tiède, vomitifs). Beaucoup d'ivrognes sont rapidement soulagés par cette évacuation partielle, et l'on voit de même, dans les expériences sur les animaux, le vomissement amener une rémission marquée des accidents toxiques. Dans le cas où le malade est anesthésié d'une façon complète, le vomissement ne peut plus être provoqué, et il ne reste qu'une ressource pour débar-

rasser l'estomac, c'est l'emploi de la sonde œsophagienne et de la pompe gastrique. Ce moyen a fait merveille en certains cas. Ogston, qui l'a employé sur six individus ivres-morts, a obtenu, dit-il, presque immédiatement le retour de la connaissance dans la plupart des cas. (*Nouv. dictionn. de méd. et de chirur.*, 1864, t. I, p. 634.)

D[r] Gallavardin,
de Lyon.

TOXICOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE

EFFETS TOXIQUES DE L'AMMANITE BULBEUSE (*AGARICUS BULBOSUS*; ORONGE-CIGUE, ETC.).

ANALOGIE DES SYMPTÔMES PRODUITS PAR CES EMPOISONNEMENTS AVEC LES SYMPTÔMES PRODUITS PAR LE CHOLÉRA.

La *Gazette des hôpitaux*, n° 46 (18 avril 1865), a donné l'histoire d'un de ces empoisonnements ayant eu lieu sur cinq personnes, le père, la mère et trois enfants, dont deux moururent. Nous ne rapporterons pas cette observation que l'on peut lire *in extenso* dans l'article indiqué, nous citerons seulement les symptômes qui ont fixé notre attention.

Les premiers accidents se montrèrent neuf, dix, douze et quatorze heures après l'ingestion des champignons. Après vingt heures les malades, lorsqu'on vint les secourir, étaient tous dans un état à peu près identique : *Abattement extrême*, *refroidissement marqué*, *selles fréquentes*, *bilieuses*; *vomissements bilieux et glaireux plus fréquents encore ; crampes d'estomac incessantes.*

Malgré le traitement, les symptômes continuent : toutes les boissons sont rejetées par tous les malades : *des crampes aux jambes apparaissent, la face devient hippo-*

cratique, la langue froide, les urines sont supprimées. L'état de la mère surtout rappelle le *choléra asiatique* à cause des *selles blanchâtres* qu'elle rend... Deux enfants meurent dans les convulsions.

Déjà, le 23 février 1865, le même journal avait publié une observation très-écourtée d'empoisonnement, par le même champignon, de six personnes, dont deux moururent. Du reste, si l'on en croit Paulet (1), qui peut faire autorité en pareille matière, presque tous les accidents graves observés en différents temps dans nos climats, par les champignons, peuvent être attribués à la même espèce, dont on trouve trois variétés sur lesquelles nous donnerons une courte notice en terminant.

Selon Paulet, ce champignon ne produit ordinairement aucun effet sensible avant dix ou douze heures, soit sur l'homme, soit sur les animaux. L'observation précédente confirme cette assertion.

Le Dr Loustalot a observé, surtout chez la mère, des symptômes identiques au choléra; c'est ce que Paulet constatait le 14 septembre 1774, chez un fabricant de gaz du faubourg Saint-Denis, qui éprouvait, dit-il, un véritable choléra.

D'après Mérat et Delens, les phénomènes de l'empoisonnement de l'*agaric bulbeux* sont les suivants : six à huit heures après l'avoir mangé, on est réveillé par de l'*anxiété*, des *nausées*, des *défaillances*, des *vomissements ;* s'ils sont insuffisants ou non aidés par l'émétique, il se manifeste de la *stupeur*, de la *somnolence*, *le pouls devient petit et intermittent*, *le ventre se tend*, *les extrémités deviennent froides*, *la peau est livide*, *et on meurt au bout de trente-six à quarante-huit heures. Quelquefois une sorte de choléra se manifeste qui sauve les malades ;* mais en général, lorsqu'ils guérissent, ils sont longtemps à se remettre.

La similitude que nous remarquâmes entre les sym-

(1) Jean-Jacques Paulet. *Traité des champignons*. 2 vol. in-4. 1 vol. in-fol. 200 pl. color. Paris, 1791-1808.

ptômes que nous venons de rapporter et les symptômes du choléra, nous frappèrent tellement, que nous fîmes quelques recherches, et nous avons trouvé dans Paulet la confirmation de nos impressions.

Cet auteur rapporte non-seulement des observations très-remarquables, mais encore il a fait de nombreuses expériences dont nous allons donner quelques extraits. Il s'agit de la même espèce dans tous les cas.

Ire OBSERVATION.

Empoisonnement en septembre 1774 de 6 personnes. Environ dix heures après l'injection : nausées, vomissements, assoupissement. L'émétique administré à 3 malades les guérit, mais ils restèrent trois semaines très-souffrants. 2 ayant refusé tout secours, moururent. Le quatrième, soulagé naturellement par d'abondantes évacuations par haut et par bas, fut également sauvé. Il éprouva un véritable *choléra* (dit l'auteur), accompagné de *crampes très-douloureuses, surtout aux pieds, avec rétraction des membres*.

IIe OBSERVATION.

La même année, le même mois, un accident de même nature fut observé à Melun. Le mari et la femme se trouvèrent empoisonnés. Les champignons furent mangés à huit heures du soir. Les accidents parurent le lendemain matin : des *anxiétés*, des *vomissements*, des *défaillances*. La femme, qui ne fut point secourue, mourut le troisième jour; le mari en réchappa, mais fut longtemps à se remettre.

IIIe OBSERVATION.

En octobre de la même année, un habitant de Suresne et sa fille éprouvèrent, onze heures après l'injection de ces champignons, des *faiblesses*, des *envies de vomir*, de la *stupeur*. N'ayant pas été secourus, ils moururent l'un et l'autre trois jours après.

IVe OBSERVATION.

En juillet 1777, à Taverny, un accident semblable fit périr 3 personnes sur 5, qui avaient mangé de ce champignon le soir. Les accidents ne parurent que le lendemain dans la matinée : *malaise général*, *envies de vomir*, *douleurs d'estomac et de bas-ventre*, suivies d'*anxiété* et de *vomissements*. Leurs corps se couvrirent de *taches livides*, *les dents et les gencives étaient noires*, *la bouche ulcérée et l'anus enflammé*.

Vᵉ OBSERVATION.

En mai 1788, le père, la mère et un enfant furent empoisonnés par la variété blanche de ce champignon. L'injection eut lieu à six heures du soir. Le lendemain, ils éprouvèrent des *envies de vomir*, des *anxiétés*, des *défaillances fréquentes*. Le deuxième jour, l'enfant mourut. Le père était dans un *état d'anxiété et de stupeur, le ventre était tendu, les extrémités froides, le pouls petit et intermittent, les défaillances se succédaient à chaque instant ; il était de couleur livide.* Il mourut peu de temps après. La femme était dans un état d'*anxiété*, de *faiblesse*, et de *pâleur cadavéreuse ; le pouls très-faible....* Elle eut beaucoup de peine à se rétablir et conserva longtemps des maux de tête et d'estomac.

Dans ces observations on remarqua que les animaux, comme chiens et chats, qui avaient léché les assiettes où il y avait quelques restes de ragouts de champignons, périrent et éprouvèrent à peu près les mêmes accidents.

Ces observations, publiées par Paulet, ne sont pas aussi détaillées que celles de la *Gazette des hôpitaux*. Cela tient à ce que, le plus souvent, il n'a pas été témoin de tous les accidents; qu'il rapporte ce qu'il a vu et ce qu'on lui a raconté. Mais ce qu'il dit suffit pour reconnaître l'ensemble des phénomènes produits par la même plante : l'*oronge-ciguë*. Or, cet ensemble rappelle tellement les symptômes du choléra qu'il le dit expressément. Nous avons parcouru, dans son ouvrage, l'histoire des autres champignons les plus vénéneux, lu les observations d'empoisonnement qu'ils ont causé, et, pour aucun d'eux, il ne dit que les accidents ressemblaient à ceux du choléra. Il serait donc fort extraordinaire qu'à l'intervalle de quatre-vingt-onze années, deux auteurs tombassent si bien d'accord pour indiquer, sous le nom de choléra, les symptômes d'un empoisonnement par la même espèce végétale, si ces phénomènes ne présentaient pas une analogie frappante.

On pourrait dire que les symptômes graves, surtout dans la période ultime, que présentent les empoisonnements violents par les substances végétales ou minérales, se ressemblent à peu près tous. Mais cela n'est vrai qu'en apparence, chaque poison a son mode d'action, et si l'on rencontre dans les uns et dans les autres des phénomènes communs, il y a dans leurs effets, soit primitifs, soit consécutifs, de grandes différences. Ces différences sont telles que le même poison, pris par différents sujets, développera chez chacun d'eux à peu près la même série de symptômes, à des degrés divers, selon les circonstances, quelques-uns pourront manquer, quelques-uns pourront être plus graves; mais l'ensemble de tous les phénomènes sera particulier à chaque poison, au début, dans sa marche, dans sa terminaison et dans ses altérations pathologiques. Ces caractères sont la base des questions de médecine légale; et quand on a pu décrire les différences d'action des poisons entre eux, si l'on peut extraire ou reconstituer la substance toxique elle-même, la certitude est acquise. Malheureusement, les phénomènes communs, qui sont les plus saillants, masquent souvent ces différences au premier abord. Tels sont, entre autres, les vomissements, les coliques, la diarrhée, etc. Mais en étudiant séparément chacun de ces symptômes avec la coïncidence de ceux qui les accompagnent, on peut reconnaître les différences qui font de chaque sorte d'empoisonnement une sorte de maladie particulière.

Or, c'est précisément le cas de l'empoisonnement par *l'Ammanite bulbeuse à collet* ou *Fausse Orange*, *Orange-Ciguë*. Connaît-on un empoisonnement qui produise toute la série des symptômes que nous avons énumérés, savoir : *malaises généraux*, *vomissements bilieux*, *rejet de toutes boissons*, *lividité de la peau*, *stupeur*, *langue froide*, *refroi-*

dissement général, suppression des urines, les crampes avec rétraction des membres, les selles bilieuses, muqueuses et quelquefois blanchâtres, les anxiétés, les défaillances, les intermittences du pouls, la diminution des battements du cœur, etc., etc.

Nous n'avons point trouvé cet ensemble et cette évolution en parcourant l'histoire de quelques poisons.

L'*arsenic* est celui dont les symptômes sont les plus analogues à ceux de notre champignon. Cependant, nous ne voyons pas d'identité; il y a rétention d'urine, mais non suppression. Les symptômes se manifestent peu de temps après l'ingestion du poison, et non douze ou quatorze heures plus tard, comme dans l'ingestion de l'*oronge-ciguë*. L'évolution n'est pas la même. Bien plus, lorsque les symptômes d'empoisonnement par l'*arsenic* arrivent à ce degré d'intensité, la mort en est la suite ; tandis que malgré la gravité de ces symptômes, produits par l'*oronge-ciguë*, la guérison arrive souvent avec les secours qui sont donnés.

C'est ce qui fait dire à Mérat et Delens (1), à propos de ce champignon : *Quelquefois une sorte de choléra se manifeste qui sauve les malades. Paulet* avait la même opinion.

Le cuivre ne présente pas non plus, au moins dans ses effets primitifs, le *refroidissement général* et *celui de la langue* en particulier, ni *la stupeur ;* le pouls est accéléré, convulsif, irrégulier; il n'y a ni rétention ni suppression des urines; les selles ni les vomissements ne sont pas de même nature que dans l'empoisonnement par la *fausse oronge*.

La digitale présente le *refroidissement, mais alternant avec des accès subits de chaleur fugace, puis de refroidissement de la langue, puis de stupeur ; rétention d'urine, mais non suppression ; pas de crampes dans les membres.*

(1) Mérat et Delens, *Dict. de matière médicale*, art. Agaric bulbeuse.

L'IPÉCACUANHA ne présente non plus *ni la stupeur*, *ni le refroidissement de la langue*, *ni la suppression des urines*.

Le MERCURE SOLUBLE et le SUBLIMÉ présentent aussi les mêmes différences, et surtout dans la nature des évacuations.

L'ELLÉBORE BLANC (*veratrum album*) est, avec l'*arsenic*, la substance qui produit les symptômes les plus analogues à ceux de l'*oronge-ciguë*. Aussi est-il difficile, d'après leur description, d'établir des différences tranchées, et cependant on en reconnaît dans l'intensité et l'étendue d'action qui paraît beaucoup plus grande pour le *veratrum*.

Du reste, l'étude de l'agaric bulbeux n'ayant jamais été faite comme celle du veratrum ni des autres médicaments, on ne peut parler que des effets grossiers que l'on en connaît.

Dans l'examen rapide que nous venons de faire sur quelques points, de l'action pathogénétique de certains poisons employés comme médicaments homœopathiques, nous n'avons signalé que des différences très-marquées. Si nous étions entré dans le détail de l'action de chacun en particulier, les différences seraient plus nombreuses, surtout dans les phénomènes de succession, d'évolution, etc. Mais, malgré ces différences, il faut bien dire qu'ils ont tous entre eux de nombreux points de ressemblance. Ils agissent à peu près tous sur les mêmes organes, sur les mêmes fonctions, sur les mêmes appareils, et déterminent des phénomènes fort analogues les uns aux autres. Or, dans leur ensemble, ils présentent tant de côtés analogues aux symptômes de choléra, qu'ils ont été conseillés et employés avec des succès marqués dans cette maladie, non-seulement dans la méthode des indications positives expérimen-

tales dites *homœopathiques*, mais encore dans la méthode empirique allopathique : témoin l'ipécacuanha.

On trouvera la preuve de ce que j'avance dans les formules proposées encore aujourd'hui dans l'épidémie qui nous afflige en ce moment.

Si donc, d'une part, l'*agaric bulbeux* ou *oronge-ciguë* présente, comme nous croyons l'avoir démontré et comme le disent les auteurs, une action pathogénétique produisant à peu près tous les phénomènes du *choléra*, d'autre part, si cette action pathogénétique a tant de points de ressemblance avec l'action des médicaments déjà expérimentés dans le *choléra*, n'a-t-on pas de fortes présomptions pour penser en obtenir de bons effets dans cette maladie? Ce serait une nouvelle application de la loi : *similia similibus curantur*.

Mais, comme chaque médicament répond à des indications particulières, nous pensons que c'est dans les cas où le *choléra* se présente avec de la stupeur, du coma, que l'on pourrait tenter avec le plus d'avantage l'emploi de l'*oronge-ciguë*. D'après des observations récemment publiées, il paraît que la stupeur, le coma ou, comme le disent à tort quelques auteurs, le caractère typhique (1), se présentent en ce moment assez fréquemment surtout après la période algide. Lorsque l'on craint ces accidents, ne serait-ce pas le cas d'administrer le médicament que nous proposons?

Jusqu'ici nous n'avons parlé que des phénomènes fréquents de l'*oronge-ciguë* chez l'homme. Paulet (2) dans le but de connaître quelles étaient les parties vénéneuses de ce champignon, quelle était la nature du poison, et quels antidotes on pourrait lui opposer, institua, avec Parmentier, une série d'expériences sur les chiens. Son

(1) *Gaz. des hôp.*, n° 124; 21 octobre 1865.
(2) *Loc. cit.*

but n'étant pas le nôtre, nous extrairons de son travail seulement ce qui a trait à l'action physiologique de ce poison et aux altérations pathologiques.

Ire Expérience.

Trois gros de ce champignon hachés menu et mêlés à de la viande et du pain, donnés à un chien fort et vigoureux, ne produisirent aucun effet pendant les dix premières heures. L'animal mangea même encore cinq heures après et joua comme à son ordinair; mais, au bout de dix heures, il commença à faire des efforts pour vomir, il ne put se soutenir sur ses pattes, se coucha, s'assoupit et mourut bientôt après avec des mouvements convulsifs. On ne put lui rien faire prendre. — *Autopsie : rougeurs livides sur les plis de l'estomac et au duodénum;* tout le canal intestinal était enduit d'une mucosité épaisse et jaunâtre, qui paraissait l'effet de la bile; cependant la bile contenue dans la vésicule était verte.

IIe Expérience.

La même préparation donnée à un autre chien ne produisit aucun effet sensible dans l'espace de onze heures; mais, au bout de ce temps, le chien a commencé à vomir; quelques heures après, il a rendu des *excréments blancs, a tremblé sur ses jambes.* Au bout de seize à dix-sept heures, il s'est couché, n'a rien voulu prendre et mourut avec des *mouvements convulsifs et le hoquet.*

Cet état a duré encore plusieurs heures; il semblait qu'il éprouvait, par intervalles, des douleurs poignantes qui le faisaient frissonner; enfin il s'est assoupi et a eu tous les symptômes d'une *vraie apoplexie.* La respiration *était lente et profonde, accompagnée de ronflement; la déglutition libre;* les artères battaient librement, mais il y avait *refroidissement et insensibilité à toutes les extrémités;* l'animal éprouvait de temps en temps des *secousses convulsives;* on lui fit prendre du vinaigre à plusieurs reprises: il revenait un peu, se réveillait, mais il retombait bientôt dans le même état: *les battements du cœur diminuèrent sensiblement de vitesse jusqu'à la trentième heure, où il mourut.* Dans l'ouverture on trouva *les plis ou rides de l'estomac* marqués *de quelques points rougeâtres avec tension;* il y avait en outre *des rougeurs livides de la grandeur d'un liard, répandues d'espace en espace tout le long des intestins grêles.* Ces taches s'apercevaient même avant l'ouverture des intestins, et ressemblaient à celles qu'on remarque sur la peau des scorbutiques (*ecchymoses*); elles étaient produites par le dépouillement du mucus et par l'*érosion des tuniques intestinales internes;* la tunique externe était la seule qui restait;

les autres *étaient détruites* par l'action du poison; *les glandes intestinales y étaient à nu*, et en passant le doigt tout le long des intestins, on sentait quelque chose *de granuleux*, lorsqu'on arrivait à ces places. On ne trouva aucun vestige de champignon dans les premières voies; tout avait été dissous, ou converti en matières muqueuses excrémentitielles, etc.

III° EXPÉRIENCE.

On donna à un gros chien une demi-once de son suc exprimé, étendu dans un peu d'eau : le chien vomit presque sur-le-champ et fit des efforts incroyables pour le rendre; il eut des tremblements, des tiraillements, des mouvements convulsifs par tout le corps, le hoquet, des nausées continuelles, un véritable *choléra convulsif, avec un abattement de forces très-considérable;* les matières qu'il rendait étaient *muqueuses, glaireuses, mêlées d'écume blanchâtre;* cet état continua environ 24 heures, au bout desquelles il mourut, sans avoir rien voulu prendre. Dans l'ouverture du corps on trouva *l'œsophage enduit d'une matière visqueuse, d'un gris cendré, l'estomac rempli d'une liqueur brune, fétide, la tunique veloutée de ce viscère parsemée de petits points rouges*, le canal intestinal rétréci vers l'iléum, *l'épiploon durci et retenant l'empreinte des intestins, les poumons un peu plus rouges* qu'à l'ordinaire, ce qui pouvait venir de la rupture de quelque vaisseau occasionnée par les efforts qu'il avait faits pour vomir.

IV° EXPÉRIENCE.

Deux chiens ayant pris une demi-dose du résidu de la distillation ne se plaignirent point d'abord pendant l'espace de dix heures; mais, au bout de ce temps, les envies de vomir et les autres accidents ordinaires se déclarèrent; ils moururent 24 heures après. Dans l'un on trouva tout le canal intestinal enduit, depuis l'œsophage jusqu'au rectum, *d'une matière épaisse, visqueuse, jaune, écumeuse*, plus épaisse dans l'œsophage et les intestins que dans l'estomac; *la tunique interne de ce viscère parsemée de petits points rouges;* dans l'autre, à peu près la même chose, et en outre de *petits grains blancs de différentes formes, qui nageaient dans un mucus épais comme du blanc d'œuf qu'on aurait battu* (matières de selles riziformes). On attribua ces grains blancs à un peu de lait qu'on avait donné à l'animal, et qui, s'étant caillé et divisé dans l'estomac, paraissait ainsi en petites parcelles : *l'humeur visqueuse contenue dans le duodénum était jaune très-pâle.*

V° EXPÉRIENCE.

On en fit un extrait (du champignon) qu'on donna à un chien à 1 heure et demie de l'après-midi; l'animal mourut le lendemain matin. Dans

l'ouverture on lui trouva *le ventre très-tendu*, ce qu'on n'avait pas observé dans les autres; la vésicule du fiel pleine *d'une bile noirâtre*, *l'estomac rétréci* et rempli d'une matière plus fluide que l'extrait, mais de la même couleur (jaune verdâtre).

VIe Expérience.

On fit sécher au four une certaine quantité de champignons, au point qu'ils avaient perdu les sept huitièmes de leur poids. Ce champignon ainsi desséché et donné à un chien produisit le même effet que lorsqu'il est frais, c'est-à-dire la mort.

VIIe Expérience.

Dans la vue de savoir si l'eau seule peut se charger du principe vénéneux, on fit macérer plusieurs champignons dans l'eau pendant plusieurs heures; cette eau, donnée à un chien, le fit aller bientôt en dévoiement; il rendit des matières sanguinolentes, enfin le sang pur, se plaignit beaucoup, mais n'en mourut pas. On en conclut que l'eau se charge faiblement par la macération du principe vénéneux, et qu'elle en enlève une partie.

VIIIe Expérience.

Dans la vue de s'assurer si cette teinture (du champignon séché au four) pouvait être nuisible, on la fit prendre à un chien, à 7 heures du soir. L'animal fut d'abord étourdi comme s'il était ivre; il chancelait sur ses pattes et se coucha une demi-heure après sans pouvoir se soutenir : bientôt il s'assoupit et son sommeil était souvent interrompu ou entrecoupé de cris semblables à ceux d'une personne ivre qui se plaint en dormant. Ces cris continuèrent jusqu'à 10 heures du lendemain matin, où il tomba dans un état de stupeur et d'insensibilité qui le fit juger mort; il resta ainsi immobile et oublié dans un coin jusqu'à 7 heures du soir. Comme on se disposait à en faire l'ouverture, on fut fort étonné de ce qu'il donnait encore des signes de vie; mais il ne tarda pas à mourir. On l'ouvrit : l'intérieur n'offrit rien de remarquable; l'estomac était rétréci, il y avait *quelques points rougeâtres; le tube intestinal était enduit d'une matière muqueuse jaunâtre.*

Nous n'achèverons pas l'examen des expériences de Paulet qui se montent au nombre de dix-sept, cela ne serait pas utile à notre sujet et donnerait lieu à des répétitions inutiles. Constatons seulement que l'effet de ce champignon a été à peu près le même sur les chiens que

sur les hommes, et, de plus, que les ouvertures ont montré des altérations pathologiques que l'on n'a guère eu l'occasion de voir chez les hommes.

En relevant les symptômes, nous voyons qu'ils ne se produisent que dix à douze heures après l'ingestion, et que la plante est complétement digérée et absorbée lorsque les premiers phénomènes paraissent.

Lésions pathologiques : Rougeurs livides sur les plis de l'estomac et du duodénum ; ces lésions s'étendent quelquefois à tout le tube intestinal, elles ulcèrent et détruisent, dans certains cas, la muqueuse interne, au point de laisser à nu les glandes intestinales dont on sent les saillies granuleuses sous le doigt. Nous avons eu maintes fois l'occasion d'observer cette lésion pendant le choléra de 1832. Nous n'avons trouvé qu'une seule fois le détail de l'état du poumon qui était infiltré de sang, ce que l'on attribua aux efforts de vomissement. L'état du cœur, du sang, des gros vaisseaux, et du cerveau, n'a pas été relaté. Ainsi : inflammation gastrique, suffusions sanguines, ecchymoses, ramollissement et ulcération du tube digestif, telles sont les lésions cadavériques principales.

Quant à la nature des liquides, les intestins sont remplis d'un mucus épais, jaunâtre, semblable aux évacuations alvines et aux vomissements. Ces déjections nous présentent les caractères du *choléra-nostras*. Cependant, dans quelques cas, tels que celui rapporté par la *Gazette*, dans la première, la troisième et la quatrième expérience de Paulet, on trouva des selles muqueuses blanchâtres, grises, et même *riziformes*, comme dans le *choléra asiatique*. Ajoutons encore aux altérations constatées, après la mort, dans la quatrième observation de Paulet, *les taches livides ecchymotiques à la peau*,

la bouche ulcérée, *l'anus enflammé*, *les dents et les gencives noires*.

Ainsi, non-seulement les symptômes pendant la vie, mais encore les lésions cadavériques, se réunissent pour former un tableau, qui n'est pas sans analogie remarquable avec l'ensemble des phénomènes produits par le choléra.

Conclusion. — Nous en concluons que, d'après l'aphorisme d'Hippocrate développé par Hahnemann, *Similia similibus curantnr*, on est très-fondé à essayer avec prudence l'administration de l'*oronge-ciguë* dans le *choléra*.

Nous terminerons en donnant une courte description de ce champignon, suffisante pour le reconnaître, sans entrer dans tous les détails botaniques qui ne sont pas de notre sujet.

La classification des champignons n'étant pas encore établie d'une manière fixe, nous ne donnerons pas la synonymie qui monte à quarante-sept noms.

Nous citerons seulement ceux-ci : *ammanite bulbeuse verte*, ou *agaricus bulbosus*, de Bulliard (1), *agaricus phalloïde*, de Friès, *amanita venenosa* variété *viridis*, de Persoon, *oronge*, *ciguë verte*, de Paulet.

C'est à ce dernier, qui nous a paru le plus complet, que nous empruntons la description suivante :

Oronge-ciguë (2). — Cette espèce, indiquée par Vaillant (*Botanicou*, p. 74, pl. IV, fig. 5), est de taille moyenne, sortant de terre comme tous ceux de cette division, d'une enveloppe ou bourse (*volva*) qui se fend ordinairement vers le milieu et dont on aperçoit toujours quelques vestiges en forme de peau blanche, soit au chapiteau où elle se trouve collée, soit au bas de la tige.

(1) Pierre Bulliard, *Histoire des champignons de France*. In-fol., planch. col. Paris, 1791-1812.

(2) Paulet, p. 536 et suiv., pl. CLV, CLVI.

La couleur dominnate de sa surface est jaunâtre ou d'un vert jaune au centre du chapeau et blanchissant à la périphérie, celle de la chair et des feuillets toujours blanche. On aperçoit presque toujours en haut ou vers le milieu de sa tige un collet ordinairement rabattu en forme de peignoir ou de manteau; et la partie de la tige qui est en terre est toujours bulbeuse. Ce bulbe a une odeur forte.

Cette espèce, relativement aux saisons, à la couleur et au port de la plante, se montre de trois manières différentes qui en établissent autant de variétés distinctes, mais dont les effets sont les mêmes sur le corps animal. Ces trois variétés sont l'oronge-ciguë jaunâtre, l'oronge-ciguë verte et l'oronge-ciguë blanche.

Orange-ciguë jaunâtre. — Cette variété, qui est la plus commune, est celle de Vaillant.

Oronge-ciguë verte (pl. CLVI, fig. 2). Se trouve à la fin d'août dans les bois sombres et humides, plus forte que la jaunâtre. Le dessus du chapiteau est d'un vert foncé ou d'herbe, de manière que sans les feuillets et la tige qui sont très-blancs, on aurait peine à l'apercevoir parmi les herbes. Elle s'élève à 5 pouces; sa tige, 1/2 pouce d'épaisseur. La bourse ou volva d'où elle sort est faible et se dissipe ordinairement au point de n'en apercevoir que quelques légères portions au bas de la tige. D'ailleurs la disposition des feuillets, celle de la tige, l'odeur, la saveur et les effets sont les mêmes.

Oronge-ciguë blanche, qu'on trouve au printemps et en été dans les bois, est moins forte que les deux précédentes. Elle est blanche mais finit ordinairement par prendre dans sa maturité une légère teinte jaunâtre, quelquefois elle se soutient très-blanche jusqu'à la fin.

Il a l'odeur malheureusement du champignon ordinaire qui n'est pas même désagréable et ne rebute pas.— C'est la variété qui, presque toujours, cause le plus d'accidents.

PRÉPARATION. La préparation qui a été le plus employée par Paulet, dans ses expériences, et que nous croyons le plus appropriée à un usage thérapeutique, est la suivante :

On fait dessécher le champignon au four, ce qui lui fait perdre les sept huitièmes de son poids, sans altérer en rien ses propriétés toxiques. Avec ce champignon dessé-

ché on pourra préparer les triturations homœopathiques. Ou bien avec la poudre préparer une teinture alcoolique par macération et cohobation. Cette teinture mère pourra servir à faire toutes les dilutions de notre pharmacopée (1).

E. HERMEL.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(DU 29 NOVEMBRE 1864 AU 14 MARS 1865)

DE LA SYPHILIS TRANSMISE PAR LA VACCINATION

Une longue et importante discussion s'est engagée dans le cours de l'année, à l'Académie de médecine, à l'occasion d'un projet de rapport à présenter à S. Exc. M. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, au nom de la commission de vaccine par son directeur, M. Depaul.

A peine cet honorable académicien avait-il succédé, depuis six mois, à M. Bousquet dans la charge occupée jusque-là si magistralement par son vénérable et placide collègue, qu'il a éprouvé le besoin de faire montre de zèle et d'inaugurer sa mission officielle par une manifestation éclatante, — laquelle, fort heureusement, n'a pas eu tout le succès que pouvait en attendre l'auteur. S'il se fût borné à porter devant l'Académie le grave litige de la syphilis dite vaccinale pour en élucider par la discussion les côtés obscurs, sa vaillante initiative n'au-

(1) MM. Catellan se sont occupés, ainsi que moi, sans résultat jusqu'à présent, de se procurer ce champignon. L'automne , qui a été plus se que d'ordinaire, n'aura probablement pas favorisé sa croissance. Mai nous espérons que les pluies de la saison permettent de le trouve bientôt, et de le préparer comme nous venons de d re.

rait mérité que nos éloges. Mais il a trouvé là en même temps un prétexte — plus ou moins ingénieux — de récriminations personnelles assez désobligeantes, qui a bientôt envahi et comme absorbé le débat, de manière à en dénaturer la haute moralité. En outre, l'une des prétentions téméraires du nouveau directeur de la vaccine n'allait rien moins qu'à provoquer de la part de l'administration un nouveau surcroît de mesures de rigueur touchant la responsabilité des médecins — déjà soumise à de si rudes épreuves—et cela précisément dans une question qui reste encore pour la science remplie d'incertitudes et livrée aux controverses.

L'échec final de la proposition de M. Depaul n'a donc pas lieu de nous étonner, et son malheureux destin ne nous intéresserait pas autrement, s'il était possible de regarder avec indifférence le problème qu'il a eu la bonne pensée, d'ailleurs, de déférer au jugement de l'Académie et dont la pratique attendait la solution avec anxiété.

Assurément, dans ce grave sujet, l'opinion publique avait dès longtemps pris les devants sur la science ; et ce n'est point un spectacle rare ou dépourvu d'intérêt que la persistance de ce sentiment instinctif de la vérité, qui tourmente l'ignorance des peuples, avant de passer dans la préoccupation des savants et des académiciens. Sans doute, ce pressentiment se mêle naïvement chez les premiers à des préjugés nombreux dont il ne se dégage pas toujours avec l'évidence de la réalité; mais, parfois, les seconds ne l'écartent-ils pas davantage encore, dominés par la résistance obstinée des systèmes qui maîtrisent leur entendement ?

C'est une chose banale, si l'on veut, mais bien naturelle et irrésistible à coup sûr, que l'instinct qui entraîne toute personne, sans exception, venant demander au

vaccin ses vertus préservatrices, à préférer invariablement, — lorsqu'il s'agit de l'inoculation de bras à bras, — l'étalon vaccinifère entre tous le plus sain et le plus robuste. En vain le savant, profondément imbu des théories qui lui font considérer les virus comme de véritables semences morbifiques, s'évertue à soutenir que la graine vaccinale ne peut porter d'autres fruits que son germe préservateur seul, et que le virus-vaccin ne saurait produire, par exemple, en aucun cas, le vice scrofuleux, dartreux ou le mal vénérien, aucune mère de famille, en venant soumettre son enfant à l'intussusception, par la lancette, d'une humeur morbifique étrangère, n'acceptera volontiers la source suspecte d'un organisme chétif, rabougri ou décrépit et d'apparence mal sain. Et l'instinct materel, qui se trompe si rarement, ne sera pas ici, il faut l'avouer, le plus souvent en défaut.

Tels n'ont pas été pendant trop longtemps les errements de la science. Depuis près d'un siècle, l'hypothèse de Hunter sur l'*infection*, en limitant à l'ulcération chancreuse primitive le pouvoir contagieux de la syphilis, a fait perdre de vue et conduit à nier tous les autres modes possibles de contagion — par les lésions constitutionnelles, les humeurs plastiques, l'hérédité, l'allaitement, la vaccination, etc., — et, sous cette influence, toutes les appréhensions populaires, si accentuées relativement à la possibilité de la contamination syphilitique par le vaccin, ont été traitées en général avec un implacable mépris comme autant de préjugés sans fondement.

Aujourd'hui, les leçons de l'expérience ont corrigé ces dédains. La syphilographie, délivrée du joug du système huntérien, a confessé ses mécomptes. Chacune de ses erreurs qui usurpaient naguère encore tant de crédit, vient faire amende honorable et publique tour à tour. La contagion syphilitique retrouve partout ses droits, hier

encore méconnus, sinon avec l'extension illimitée que l'arbitraire des observateurs lui accordait autrefois, au moins dans ses degrés divers, et, en tout état de cause, mieux définis, malgré les exagérations d'une réaction qui ne connaît plus de bornes. Et si la contagion de la syphilis par la vaccination reste encore obscure et controversée dans son mécanisme, il est plus difficile de nier la valeur des témoignages qui la rendent plus évidente chaque jour. Il y a là une question d'une portée considérable dont il importe de connaître les débats et de poursuivre les progrès.

I

La discussion académique, soulevée par le rapport de M. Depaul, a réuni le bilan des faits anciens ou nouveaux, en mesure d'infirmer ou d'accréditer la transmission de la syphilis par le vaccin pris sur un sujet en puissance de la double contagion simultanée.

Il est inutile de prévenir que ces témoignages ont été produits tour à tour par les deux parties adverses, soit en faveur, soit en opposition de cette transmission : les faits négatifs, par ses adversaires, les faits positifs, par ses partisans. Nous ferons impartialement à tous même accueil (1).

Les adversaires — MM. Ricord, Blot, Bousquet, Briquet, Gibert, etc. — font remarquer que leur incrédulité repose sur des expériences et des dépositions surabondantes.

Husson a développé le vaccin sur des sujets dartreux, vénériens, et, après l'avoir repris sur ceux-ci pour l'inoculer à des individus parfaitement sains, n'a jamais produit sur eux le plus léger symptôme d'affection dartreuse ou syphilitique.

(1) Consulter pour les sources originales le *Bulletin de l'Académie de médecine*, année 1864-65, et, avant tout, l'excellent travail de M. Alexandre Viennois.

M. Heim dit avoir vacciné de jeunes dames avec du vaccin pris sur des officiers qui avaient la syphilis, sans qu'elles en aient ressenti aucune atteinte ; de même du virus vaccinal pris sur un enfant syphilitique n'a causé à trois autres enfants le moindre mal.

M. Bousquet déclare que le virus-vaccin, emprunté par lui à des enfants reconnus syphilitiques, n'a jamais transmis que le vaccin.

M. Bidard, en 1831, dans le Pas-de-Calais, a fait deux fois la même expérience.

M. Montain, sur trente enfants inoculés avec du pus vaccinal chez un sujet syphilitique, n'a vu se développer rien autre que la vaccine.

M. Heymann raconte que le vaccin, pris sur un syphilitique par le Dr Schreier, et inoculé à deux enfants sains, n'a donné que l'éruption vaccinale.

MM. Taupin, Devèze, Lecœur, ont pratiqué plusieurs milliers de fois la vaccination avec du vaccin emprunté à des enfants porteurs de toutes sortes d'affections, parmi lesquelles la syphilis, sans avoir vu cette dernière se développer à la suite sur les petits vaccinés.

MM. Rayer, Velpeau, Rostan, Sédillot, Stoltz, etc., etc., n'ont point vu d'exemple de syphilis transmise par la vaccination dans le cours de leur longue pratique.

Dans l'enquête sur l'histoire et la pratique de la vaccine, présentée au Parlement britannique en 1857, — sur 528 réponses, 479 sont pour la négative, — les autres expriment des doutes ou ne contiennent qu'un petit nombre d'observations dénuées de preuves.

Depuis soixante ans que l'on vaccine chaque année, à l'Académie de Paris, un ou deux milliers d'enfants, M. Depaul lui-même ni ses prédécesseurs ne peuvent citer un exemple de transmission syphilitique par le vaccin.

A ces faits répondent des témoignages opposés, dont nous insérons ici le sommaire seulement.

Le professeur G. Cerrioli, ayant inoculé 46 enfants avec du vaccin pris sur une petite fille de 3 mois, bien portante en apparence, a vu survenir des accidents syphilitiques sur 40 de ces enfants.

En 1841, le même médecin a observé le développement des mêmes accidents sur 35 des 56 individus inoculés avec du vaccin pris sur un enfant n'ayant pas de symptômes apparents, mais né de parents syphilitiques. Plus tard, le vaccinifère lui-même présenta une éruption de même nature.

Dans le courant de 1849, un journal de Berlin a rapporté que dix familles ayant subi la revaccination pratiquée par un vétérinaire, à l'aide du vaccin pris sur un enfant, complétement sain en apparence, dix-neuf de ces personnes furent atteintes simultanément de symptômes de la syphilis confirmée. L'enfant fut bientôt affecté de plaques muqueuses et d'une roséole syphilitique, et mourut peu de jours après.

Un enfant de 6 ans, vacciné en Irlande, présenta à la place de la piqûre une ulcération caractéristique, suivie d'une éruption cuivrée et d'un ulcère du gosier qui le tenait en danger de mort.

James Witehead (1859), à l'hôpital de Manchester, a vu le même fait se reproduire — sur une petite fille de 3 ans qui devint la proie d'une véritable cachexie syphilitique, — de même, sur un enfant de 9 mois; enfin sur un autre de 3 mois et sur un quatrième de 7 mois (1).

Le Dr Hübener, à Höllfeld, en Bavière, après avoir vacciné huit enfants très-bien portants, ainsi que leurs parents, a été accusé d'avoir développé chez la plupart de véritables symptômes syphilitiques, qui se communiquèrent aux familles et aux domestiques en rapport avec les enfants vaccinés (2).

Le Dr Jules Lecocq, chirurgien de la marine à Cherbourg, ayant pris du vaccin sur un militaire qui, trois mois auparavant, avait eu un chancre induré (antécédent alors ignoré), vit se produire au bout de huit jours, sur un autre militaire soumis à la revaccination, une ulcération chancreuse au point de l'inoculation, suivie bientôt d'une éruption générale caractéristique avec adénite cervicale et érythème pharyngé.

Le même chirurgien, ayant revacciné simultanément un autre soldat avec le premier virus, observa pareillement, au bout de huit jours, le développement d'une ulcération de mauvaise nature à base indurée sur l'incision faite par la lancette, et, un mois plus tard, une roséole, l'impétigo du cuir chevelu, l'adénite et des plaques muqueuses sur les parties génitales.

Le chirurgien Cogiola vaccina dans une même séance, à Rivolta, en 1861, avec du vaccin puisé sur les pustules d'un enfant de 11 mois, d'une santé parfaite, 46 enfants parfaitement sains; un de ces derniers servit quelques jours après à vacciner 17 enfants d'une seconde série. Sur ces 63 sujets, on dit que 46 ont été plus ou moins infectés de syphi-

(1) D'après le chirurgien de Manchester, la vaccine aurait donné la syphilis à 74 enfants de l'hôpital. Suivant M. Viennois, cette transmission par le vaccin ne serait manifeste que pour les 4 cas relatés ci-dessus.

(2) On sait que le Dr Hübener fut condamné à l'emprisonnement.

lis. 7 enfants moururent sans traitement avant la nature du mal reconnu.

M. Marone, à Lupara, dans le royaume de Naples, en 1856, vaccina d'abord, avec le vaccin d'une fillette de 8 mois, un assez grand nombre d'enfants provenant de parents sains, et dont 23, c'est-à-dire la presque totalité, furent atteints de syphilis à la suite de cette vaccination; et, plus tard, les mères qui les allaitaient reçurent le mal, le communiquèrent à leurs maris, à des familles entières, jusqu'à des enfants impubères des deux sexes. — Du vaccin ayant été puisé sans défiance sur les premiers vaccinés, une seconde série de 11 enfants furent encore contaminés, eux et leurs proches, ainsi que de toutes jeunes filles, par leur contact avec les nourrices ou les enfants.

M. Marcolini, en 1844, observe l'invasion de la syphilis sur deux séries d'enfants vaccinés avec le vaccin d'une petite fille syphilitique; quelques-uns moururent.

Le même médecin d'Udine, en 1822, a relaté l'exemple d'une syphilis transmise à une petite fille par le vaccin d'un enfant sain en apparence, mais reconnu plus tard infecté.

M. Viani, en 1849, revaccine deux adultes avec le vaccin de leur neveu, atteint de syphilis encore latente : chez les premiers, ulcères des bras, syphilis confirmée grave.

M. Galligo, en 1857, au village de la Ruffina, près de Florence, se sert du vaccin d'un enfant bien portant en apparence, mais né de parents syphilitiques; et des jeunes vaccinés prirent la maladie.

M. Rodet, de Lyon, en 1862, a rapporté l'observation d'une syphilis vaccinale communiquée par un enfant qui donna aussi la maladie à sa nourrice.

M. Trousseau, en 1862, a eu dans son service, à l'Hôtel-Dieu, une femme qu'il eut l'occasion de revacciner, et qui présenta des tubercules indurés au lieu de l'inoculation, et une éruption roséolique générale à la suite. La nature de ces accidents fut constatée par M. Ricord, qui en contesta l'origine néanmoins.

M. Chassaignac, en 1863, présenta à la Société de chirurgie un enfant de 2 ans, porteur, par le fait de l'inoculation vaccinale, de trois ulcérations indurées sur les bras avec adénite axillaire et cervicale, et papules lichénoïdes sur le corps.

M. Hérard, en 1863, présente à l'Académie de médecine un enfant de 25 mois, qui, trois semaines après une vaccine régulière, offrit un bouton induré sur les bras, en même temps que sa constitution s'altéra et qu'il survint consécutivement des phénomènes syphilitiques non douteux.

Le Dr Adelasio, à Bergame, a consigné dans son rapport, en 1863,

deux séries de faits. Dans la première série, 6 enfants furent vaccinés avec les pustules vaccinales d'une petite fille qui, au dire des témoins, avait une éruption à la peau le jour de la vaccination. 5 enfants sur 6 furent pris d'ulcère chancreux sur les bras, de divers accidents confirmés, et infectèrent un grand nombre de personnes de tout âge et de tout sexe parmi leur famille ou leurs voisins.

Dans la deuxième série, la fille d'un médecin de campagne, à Almé, qui eut quelques jours après une syphilide, servit à vacciner deux enfants qui, au bout de trente-cinq jours, ont des ulcères aux bras, des plaques muqueuses aux fesses et à l'anus; et l'un d'eux infecte sa mère.

M. Sébastian, à Béziers, en 1863, a vacciné deux enfants, dont l'un présenta trois semaines après un chancre du bras, entouré de papules lenticulaires, lequel s'indura et s'ulcéra, en s'accompagnant d'une roséole et de plaques muqueuses caractéristiques. Le vaccinifère, fort beau en apparence, visité sur ces entrefaites, laissa voir de nombreuses taches de syphilides papuleuses, etc., etc. Le père de ce dernier portait depuis longtemps une syphilis constitutionnelle manifeste.

M. Morax, interne de M. Bouvier, a recueilli, sous les yeux de ce dernier, en 1863, à l'hôpital des Enfants, l'observation d'un enfant vacciné à la mairie de Batignolles, et dont, huit semaines après, le corps se couvrit d'une éruption généralisée et de plaques humides aux parties génitales et à l'anus.

M. Auzias a signalé, en 1863, les exemples de trois enfants vaccinés à l'Académie, qui présentaient, six à sept semaines après la vaccination, des chancres aux piqûres, l'adénite axillaire, une roséole à la surface du corps.

M. Ch. Faivre, et l'auteur précédent, ont vu à la même époque un autre enfant vacciné à Ménilmontant, présentant un ulcère chancreux à un bras, avec la pléiade ganglionnaire correspondante, un ecthyma syphilitique; il succomba. Le vaccinifère, de son côté, ne tarda pas à mourir couvert de boutons.

Enfin, dans l'enquête britannique de 1857, en opposition aux réponses négatives, on trouve que MM. Ackerley, Bamberger, Guersant, James Lever, Edw. Martin, Mordey, Startin, Stromeyer, Welch, attestent la syphilis vaccinale, dont plusieurs ont connu directement des exemples.

La plupart de ces témoignages qui affirment la contagion syphilitique par l'intermédiaire de la lancette vaccinale ont prêté, sous plus d'un rapport, le flanc à la critique. Les objections ne leur ont pas fait faute. On

a trouvé que les uns manquaient de détails suffisants, les autres, de renseignements authentiques. Tous ont été rendus comptables de quelques suspicions, toujours possibles en un sujet pareil. Nous accordons assez volontiers cela. Assurément des faits aussi rares et insolites réclament des investigations plus minutieuses et plus sûres pour mériter un crédit réel et constituer, chacun en particulier, des preuves invincibles. Mais il n'est pas moins vrai qu'on ne peut s'empêcher de leur accorder de très-grandes présomptions de certitude. La physionomie, le nombre, le siége, l'évolution, la durée, le pouvoir contagieux, la fin des symptômes, ne laissent pas, le plus ordinairement, de doute sur leur nature syphilitique. La transmission du mal par la lancette peut être contestée, provoquer quelques défiances, exciter même certains sourires ironiques. Pour quelques cas — surtout chez les adultes — le scepticisme et la malice auront raison. Mais, en présence de la masse des témoignages et surtout relativement à la simultanéité des contagions puisées à une même source — sur un grand nombre de jeunes enfants — les commentaires railleurs ne suffisent plus. En effet, lorsque l'on voit — après l'inoculation vaccinale suspecte et plus tard démasquée — les symptômes locaux apparaître au point inoculé — dans les délais ordinaires (1) — avec leurs caractères univoques et caractéristiques, et s'escorter — après un laps de temps également prévu et défini — des suites

(1) Dans la plupart des cas, l'incubation prolongée (de quinze jours à trois semaines et au delà) a été le caractère commun et ordinaire de l'invasion syphilitique; c'est là, en effet, le cachet propre de la *forme confirmée;* mais ce signe, d'ailleurs très-important, que les néo-syphilographes *dualistes* veulent à tort convertir en caractère absolu et nosologique, n'est pas constant, ainsi que nous l'avons suffisamment démontré dans notre livre. On en voit ici la preuve dans les deux exemples rapportés par M. Lecocq chez les deux soldats revaccinés qui furent atteints d'un chancre syphilitique *huit jours* après la piqûre vaccinale.

constitutionnelles les plus évidentes, lorsque ces manifestations éclatent à la fois — en commençant par des lésions uniques toujours fixées au même siége et se répercutant sur les ganglions voisins — sur une série plus ou moins nombreuse d'enfants vaccinés par le même instrument baigné du même contage, lorsque de tels épisodes sont observés et racontés par des témoins compétents et des praticiens exercés, il est bien difficile de ne pas accorder une certaine part de considération à ces témoignages, sous peine de renier, à cause de quelques ombres, la lumière de l'observation.

II

Ces ombres, d'où viennent-elles d'ailleurs? Si nous sommes sincères, nous les trouverons dans notre esprit, engagé dans les sentiers étroits et obscurs de la routine, qui nous accoutume à considérer grossièrement le virus comme une graine morbifique, véritable germe substantiel de la maladie : hypothèse féconde en malentendus. Sous cette impression, l'on se refuse d'admettre que la semence vaccinale, prise même chez un syphilitique, puisse avoir pour fruit la syphilis. On nie que cette dernière ait la faculté de sortir toute armée de la vésicule vaccinale, et en conséquence l'on préfère comme toujours sacrifier des faits, qui paraissent d'ailleurs exceptionnels ou inexplicables, à l'hypothèse favorite qui leur est opposée.

Cependant, en face des démentis qui s'accumulent, un biais est trouvé pour sauver la fortune compromise du petit être occulte que les grands prêtres de la science vénèrent sous le nom de virus. Dans cette pustule d'inoculation où la lancette du vaccinateur puise à la fois le vaccin et la syphilis, chacun des deux agents morbifiques, nous dit-on, a son empire distinct : le virus

vaccinal ne cède à son redoutable voisin aucun recoin de son atmosphère séreuse inviolable; le virus syphilitique, de son côté, se tient coi et tapi dans le globule sanguin. C'est à l'opérateur habile à faire le choix. S'il trempe avec discrétion la pointe de son instrument dans la sérosité, il n'emportera que les dépouilles opimes du vaccin; mais, si la lancette indocile s'égare et revient au jour teinte de sang, elle dénonce le germe immonde de la syphilis.

On sait que cette explication ingénieuse et séduisante appartient à la jeune école syphilographique lyonnaise. Toutefois elle n'a point rencontré encore à Paris grand accueil, et l'on s'est méfié généralement ici d'une affirmation aussi gratuite. Mais voilà que dans ces derniers temps un fait assez curieux — surtout s'il venait à se répéter — a paru lui donner un commencement de justification : c'est une double expérience de M. Sébastian, médecin en chef de la Maternité de Béziers, expérience dont nous avons donné plus haut le sommaire, et dont il est opportun de compléter l'analyse en ce moment. Citons, pour les circonstances dignes d'être notées, les propres paroles de l'auteur.

« Le 19 mars 1863, la nommée A. M..... vint chez nous avec un enfant de 10 mois, qui avait été vacciné depuis huit jours, pour me prier de vacciner les enfants de deux amies qui venaient avec elle. Je procédai à l'opération avec la précaution de ne pas faire saigner les pustules qui étaient bien développées et ne présentaient rien d'anormal.

« Au moment de recueillir du vaccin pour faire au second enfant la dernière piqûre, le vaccinifère fit un fort mouvement, et, la pointe de la lancette pénétrant plus profondément, une gouttelette de sang vint colorer le virus, qui — à mon regret aujourd'hui — fut néanmoins inoculé. Vingt-deux jours après, cette femme me porta cet enfant qui était couvert de boutons. Voici ce que je constatai : les pustules vaccinales s'étaient parfaitement développées; il n'y avait d'exception à faire que pour celle qui résultait de la dernière inoculation, et dont je me rappelais fort bien la position.

« Ce bouton présentait tous les caractères d'un véritable pseudo-chancre... Dans l'aisselle, du même côté, engorgement ganglionnaire du volume d'une noisette. Quarante-neuf jours après, induration et ulcération du chancre, roséole syphilitique, plaques aux parties génitales. »

Le vaccinifère, visité, présentait une syphilide papuleuse, l'adénite cervicale, et quelques boutons aux parties et à l'anus. Son père avait et portait depuis longtemps de nombreuses traces de syphilis constitutionnelle...

M. Sébastian vaccina quelque temps après 6 enfants avec du vaccin d'un enfant syphilitique, en ayant soin de ne prendre que le virus-vaccin sans aucun mélange de sang, et il ne s'ensuivit chez les 6 vaccinés qu'une éruption vaccinale normale.

Enfin, recueillant le vaccin d'un autre enfant syphilitique, il se l'inocula à lui-même avec les précautions voulues; et, avec les pustules très-régulières qui en furent la suite, il vaccina encore deux enfants qui ne présentèrent aucun mal.

Malgré cette double épreuve, nous n'inclinons pas moins à penser que notre honorable confrère de Béziers a été, dans cette dernière circonstance, plus heureux que prudent, et il est probable que peu de praticiens auront le goût et le courage de se livrer à de pareilles témérités.

Quoi qu'il en soit, de cette expérience et d'ailleurs toutes réserves faites, nous pensons que l'interprétation de l'école lyonnaise élude seulement, au lieu de la résoudre, la difficulté, et multiplie les dangers, au lieu de les dissiper.

Il est bien difficile d'admettre que les exemples, en somme, si nombreux d'immunité syphilitique, à la suite de l'inoculation vaccinale puisée à une source contaminée, puissent s'expliquer simplement par l'absence de tout globule sanguin et par la précaution des opérateurs à éviter cette pernicieuse promiscuité. Aucun praticien n'ignore, au contraire, combien ce mélange est fréquent proportionnellement à la rareté des accidents observés. « L'Académie, dit M. Depaul, peut,

sous ce rapport, invoquer son expérience, qui est une des plus vastes. Elle procure les bienfaits de la vaccine à 2 ou 3,000 individus chaque année; et jusqu'à ce jour elle n'a pu constater un seul cas de syphilis vaccinale parti de chez elle » (1). *Un seul cas* est sans doute une assertion assez risquée; mais en acceptant la déclaration du vigilant directeur de la vaccine, nous avons d'autant plus le droit de nous refuser d'admettre sur sa parole la virginité du vaccin sorti de l'officine de la rue des Saints-Pères, lorsqu'il prétend « qu'à l'Académie on prend certaines précautions qu'on a trop généralement le tort de négliger ailleurs » (2).

Prétention insoutenable, dont un jeune collègue de M. Depaul a fait bonne et prompte justice au demeurant.

« Il y a dans cette proposition, — a dit M. Blot, — pour la plupart de nos confrères, un blâme direct que je ne saurais accepter, pas plus que l'admiration complaisante de soi-même qui s'y étale en commençant.

« Je sais, en effet, comment les choses se passaient à l'Académie jusque dans ces dernières années et même peut-être encore aujourd'hui. Nourri près du sérail, j'en connais les habitudes.

« .... Jusqu'en ces derniers temps, voici comment les choses se pratiquaient. On vaccinait ici (à l'Académie) deux, trois, quatre ou cinq enfants envoyés par la surveillante du service de la Clinique d'accouchements, puis ils retournaient à la Clinique. Au bout de huit jours, on allait à l'hôpital recueillir ce que chacun de ces enfants avait pu produire de liqueur vaccinale. Or, messieurs, qui croyez-vous qui allait faire cette récolte dont le produit devait servir à inoculer d'autres enfants, soit à l'Académie, soit dans Paris, soit en province? M. le directeur de la vaccine peut-être? Jamais. A son défaut, M. le sous-directeur? Pas davantage. Eh bien, alors, direz-vous, un des membres de la commission permanente de vaccine? Pas du tout. Alors quelque jeune médecin distingué ou tout au moins, un interne? Vous n'y êtes pas davantage. C'était.... un simple employé des bureaux de l'Académie, un vieillard

(1) *Bulletin*, *loc. cit.*, p. 157.

(2) *Loc. cit.*, p. 284.

valétudinaire, complétement étranger à l'art de guérir, et de plus atteint de tremblement sénile.

« Je n'ai pas besoin de dire si ce brave homme était capable de choisir les sujets, d'examiner et d'interroger les mères. En tout cas, en eût-il été capable, il ne s'en inquiétait nullement.

« Quoi qu'il en soit, voici comment, chaque semaine, notre brave employé venait tout tremblant pratiquer sa petite récolte vaccinale. Armant sa main vaccillante d'une lancette ordinaire, il l'enfonçait parallèlement à la peau sous la partie saillante de chaque pustule, puis imprimant à son instrument un mouvement de bascule, il enlevait ainsi brusquement d'un seul coup, toute la partie superficielle de chaque bouton. Alors s'écoulait, de la plaie ainsi faite, du vaccin plus ou moins impur, plus ou moins mêlé de sang ; des tubes et des plaques de verre étaient chargés de ce liquide et rapportés à l'Académie où, je vous l'affirme, le microscope de M. Robin était tout à fait inutile pour y reconnaître le liquide sanguin. Avec ces détails, messieurs, j'espère que vous resterez édifiés sur la valeur des si grandes précautions qu'on prend à l'Académie et qu'à tort on omet ailleurs » (1).

Écoutez aussi M. Ricord répliquant à M. Depaul :

« Et le vaccin que vous distribuez au nom de l'Académie, êtes-vous bien sûr qu'il ne contient que de la lymphe vaccinale et non du sang ? J'ai voulu m'assurer de ce fait : j'ai prié M. le professeur Ch. Robin de vouloir bien examiner du liquide vaccinal conservé à l'Académie sur plaques, voici la planche que notre éminent collègue a bien voulu dessiner, d'après le microscope ; jetez-y les yeux et vous verrez que les globules sanguins fourmillent dans votre vaccin » (2).

La candeur immaculée de la lymphe constitue donc l'exception, tandis que son adultération avec quelques globules sanguins est la règle ordinaire par le fait seul de l'insertion de la lancette ou même de l'aiguille dans la pustule vaccinale, ce qui, je le répète, est en flagrante contradiction avec la rareté de la transmission syphilitique par cette opération.

On s'est alors décidé, pour résoudre cette difficulté,

(1) Page 286.
(2) Page 271.

à prétexter la rareté elle-même de la syphilis congénitale. M. Devergie aurait constaté, d'après le relevé de la direction des nourrices, que 10 à 15 enfants seulement sur 2,200 naissent à Paris, dans la classe ouvrière, avec la syphilis, ce qui donne environ 1 enfant sur 170 naissances... Ce chiffre est-il bien sûr? Beaucoup de cas de la forme congénitale, si variée et si complexe, n'échappent-ils pas, dans les campagnes, à l'intelligence des nourrices et au contrôle des médecins? Nous ne voulons pas en douter. Cependant, est-il possible, suivant la remarque de M. Blot, de « se placer dans des conditions plus favorables à la contagion qu'en allant chercher le virus-vaccin sur les enfants nés à la Clinique, » le plus souvent de père inconnu? Et faut-il beaucoup de ces infortunées victimes du mal héréditaire pour le communiquer par les tubes et les plaques de verre à la plupart de nos dispensaires de vaccine de Paris et de la province?

Pourquoi le fait de cette communication est-il si rare cependant? Voilà ce qui embarrasse fort les partisans *exagérés* de la contagion syphilitique par le sang.

Or, il y a, pour nous, un enseignement considérable dont on ne s'est pas suffisamment préoccupé à l'Académie, — à part peut-être M. Trousseau, — et qui nous paraît digne de la méditation des praticiens : c'est la contagiosité considérable et la gravité extrême que revêtent parfois les accidents syphilitiques d'une même provenance, — surtout dans la forme congénitale, — de manière à figurer de véritables épidémies. Témoin les exemples rapportés par le professeur G. Cerrioli à Lucques et à Crémone, par le chirurgien Coggiola à Rivolta, par M. Marone à Lupara, par le Dr Hubener en Bavière, par le Dr Marcolini à Bergame, etc., etc. C'est dans ces circonstances que le pouvoir contagieux, gé-

néralement si rare et si peu accusé, de la syphilis vaccinale acquiert des proportions insolites. La presque totalité des enfants vaccinés est frappée, et beaucoup succombent, contrairement au dénouement ordinaire de la syphilis *acquise*. Autour de ces jeunes malades qui en recèlent les sources impures, le mal se répand avec une malignité remarquable. Les moindres rapports en favorisent de proche en proche l'explosion : non-seulement les nourrices qui les allaitent sont contaminées, mais encore pères, frères, sœurs, vieillards décrépits, enfants impubères, victimes les plus innocentes, tous les membres d'une famille en reçoivent les atteintes. Les symptômes présentent soit une gravité, soit une ténacité remarquable. La maladie s'élève dans de pauvres hameaux à la hauteur d'un fléau public.

Est-ce le mélange de quelques globules sanguins dans le vaccin syphilitique qui peut donner la raison sérieuse de cette virulence exceptionnelle, lorsque l'on sait quel luxe de soins, quels renforts de précautions sont nécessaires pour assurer la contagion directe du sang, à peine dans une proportion relativement faible de cas, ainsi qu'il résulte des expériences de Waller, de l'anonyme du Palatinat, de M. Pellizari, etc., etc.? Non, de telles conjectures purement gratuites sont en désaccord évident avec la plupart des expérimentations.

JULES DAVASSE.

— La fin au prochain numéro. —

BIBLIOGRAPHIE

OBSERVATIONS DE CATARACTES TRAITÉES PAR LA MAGNÉSIE

M. le D[r] Prié (des Riceys) a adressé à *l'Art médical* deux petites brochures renfermant 21 observations communiquées par lui au Congrès scientifique de Troyes,

puis à la Société médicale homœopathique sur le traitement de la cataracte par la *magnésie carbonatée*, aux 6ᵉ et 30ᵉ dilutions hahnemanniennes.

De ce travail il résulte que :

1° La magnésie n'a généralement d'action que sur les cataractes *cristallines* et non quand la capsule a été envahie ;

2° Qu'elle agit plus particulièrement sur le cristallin du côté *droit ;*

3° Qu'elle demeure à peu près sans effet sur les cataractes avancées, surtout celles qui siégent à gauche ;

4° Que, dans 18 cas sur 21, ce médicament a réussi à *améliorer* les cataractes *cristallines peu avancées* du côté *droit*, ou au moins à en arrêter les progrès d'une manière notable.

M. Prié n'a nullement la prétention de proclamer la *magnésie* comme un *spécifique* de la *cataracte*. Dans la lettre qui accompagne l'envoi de son observation, il déclare que ce médicament ne peut, à lui seul, remplir toutes les indications, la cataracte étant une lésion qui répond à des causes multiples et qui traduit probablement des maladies très-variées. Quelquefois traumatique, le plus souvent reflet de maladies chroniques, constitutionnelles ou diathésiques, elle peut être héréditaire, ou le résultat de l'usage de certains aliments, peut-être de certaines qualités des eaux.

Sa forme et sa marche sont également variables : molle ou dure, capsulaire, cristalline ou capsulo-cristalline, elle peut prendre un accroissement rapide ou marcher avec une entière lenteur.

La magnésie ne doit donc répondre qu'à un certain nombre de cas qu'il s'agit de déterminer, et c'est dans le but d'arriver à cette détermination que l'auteur fait appel à ses confrères.

Déjà nous avons vu que cette substance n'a paru convenir que dans les cataractes peu avancées, siégeant du côté droit et n'ayant point envahi la capsule du cristallin.

L'auteur a été conduit la première fois à l'emploi de *magnésie* après insuccès de *sulfur* et de *phosphore*, par la considération d'une multitude de petits furoncles qui tourmentaient le malade et en présence des symptômes suivants que l'on trouve dans la matière médicale de *magnésie :*

« L'œil droit est plus faible que l'autre;

« Trouble de la vue;

« Nuage devant les yeux, le droit surtout » (1).

Ce trouble de la vue, particulièrement *à droite*, a été observé par M. Prié, deux fois à la suite d'une purgation avec la magnésie.

« Le trouble de la vision, dit M. Prié, ne s'accompagnant pas de dilatation de la pupille (à la suite de l'usage de la magnésie), la rétine et l'iris semblent n'y être pour rien. Alors reste, comme cause du trouble de la vue, une action sur le cristallin; mais on avait besoin de la confirmation clinique. » Notre confrère nous l'a donnée et nous ne pouvons que l'engager à continuer ses intéressantes observations. D'autre part, celles qu'il a publiées sont en nombre assez respectable pour nous donner le droit d'engager nos lecteurs à les lire avec soin, et à profiter de toutes les occasions favorables pour vérifier la valeur de la magnésie dans les cas de cataracte analogues à ceux où elle a réussi.

La guérison complète de cette lésion est encore à trouver; mais l'améliorer en en arrêtant les progrès et éviter une opération chirurgicale, ce ne sont pas des résultats à dédaigner.

E. ESCALIER.

(1) *Maladies chroniques*, art. *Magnésie*, sympt. 132, 133, 135.

BULLETIN

LE CHOLÉRA

Le choléra vient de faire sa quatrième invasion à Paris, où il a manifestement été importé de la Mecque, presque en droite ligne, en passant par Alexandrie et Marseille. Jamais, peut-être, on ne l'avait suivi, comme cette fois pour ainsi dire, à la trace. On dirait que le fléau a voulu donner un éclatant démenti à nos modernes contempteurs des mesures préventives et aux prévoyants destructeurs des anciens règlements sanitaires que nous avait légués l'expérience de nos pères.

Heureusement l'épidémie n'est pas aussi meurtrière, à beaucoup près, que ses devancières de 1832 ou de 1849; elle ne paraît pas, jusqu'ici, prendre de grands développements, elle semble même décroître depuis quelques jours. Localisée dès l'abord dans les rues les plus pauvres et les plus populeuses de certains quartiers de la capitale, ceux de Montmartre et de Batignolles, elle y a fait de cruels ravages avant de se porter sur d'autres points et de se répandre un peu partout, mais de préférence, en ce moment, dans les faubourgs Saint-Antoine et Saint-Marceau.

Son apparition sérieuse ne date guère que du commencement du mois, et voici, d'après la *Gazette hebdomadaire*, le chiffre total des décès jusqu'au 23 octobre : 3,576. Dans la journée du 15, il y en a eu 264; c'est le chiffre le plus élevé que la mortalité ait atteint. Le 24 de ce mois, le total des cholériques admis dans les hôpitaux était de 2,147, sur lesquels on comptait 1,080 décès, un peu plus de la moitié. Ces jours derniers, le chiffre des entrées a notablement diminué, mais on a constaté qu'un certain nombre de sujets atteints d'autres maladies avaient été pris du choléra. Du reste, cette décroissance du chiffre des entrées dans les établissements hospitaliers coïncide avec une diminution des malades en ville; ce qui est de bon augure. Le samedi 28 octobre, le total de la mortalité n'était que de 112.

Si les essences morbides n'étaient pas fondamentalement immuables, comme le prétendent les romantiques en médecine, leurs variations seraient surtout évidentes dans les maladies épidémiques qui revêtent, comme on l'a si souvent remarqué avec raison, un *génie* particulier. Or,

malgré les nuances qui caractérisent chacun de ses retours, le choléra est toujours la même maladie. Pour le médecin, comme pour le vulgaire, en Asie, comme en Afrique, à Paris, comme au Caire et à Constantinople, c'est le même mal, avec ses caractères tranchés, ses formes, sa marche, ses lésisons; personne ne s'y trompe; et nous voudrions bien savoir si M. le professeur Piorry ose nier, en pleine clinique, à l'Hôtel-Dieu, cette embarrassante et contrariante *unité morbide* qui s'affirme avec une aussi désespérante autorité.

Il y a sans doute encore des médecins, ou plutôt des chirurgiens (ce qui est moins étonnant), qui, sans crainte de faire rire à leurs dépens et aux dépens de l'art qu'ils représentent, ne craignent pas de dire plaisamment, en pleine Académie des sciences (1), que le choléra *est une maladie assez peu connue et qui, comme toutes les maladies, se guérit souvent sans remèdes..., se guérit même mieux sans traitement;* ce qui n'empêche pas de le comparer à un empoisonnement, comme si les empoisonnements étaient mal connus et se guérissaient mieux sans traitement! Cela s'appelle dire *la vérité* et parler *spirituellement* (2). Mais c'est un triste spectacle pour les vrais médecins et même pour le public sérieux, qui savent si jamais maladie fut mieux connue dans ses symptômes, dans sa rapide et formidable évolution, dans ses produits morbides, plus nettement distincte de toute autre, d'un diagnostic plus frappant. Or, c'est une vérité qui commence à devenir vulgaire, que nous ne connaissons la nature des *êtres* et des *modes* que par leurs caractères; qu'une maladie peut être très-bien connue sans qu'on connaisse, ce qu'il ne faut pas même chercher, ce qu'il est absurde de vouloir pénétrer, sa nature intime. « Nous ne savons le pourquoi de rien. » Il nous suffit de connaître au moins en médecine l'association et l'évolution régulières des phénomènes morbides, avec les moyens de les modifier ou de les enrayer dans certaines conditions données, pour être aussi instruits, aussi éclairés, aussi efficacement armés que possible. A ce compte, encore une fois, quoi qu'on en ait dit, le choléra est une des maladies les mieux connues ou les plus faciles à connaître.

I

Sous le rapport *pathologique* en particulier, cette connaissance très-suffisante et très-scientifique du choléra a surtout fait un grand pas, depuis que les travaux modernes sur ce sujet ont été complétés par les

(1) Voyez la séance du 16 octobre 1865.
(2) Voyez le journal *la France*, du 19 octobre.

belles recherches de J.-P. Tessier, en 1849 (1), par la remarquable *analyse physiologique et pathologique* qu'il a faite des phénomènes du choléra, et par la description qu'il a donnée de ses *quatre formes*. La détermination de ces formes est en effet la véritable clef de problèmes insolubles et de contradictions inexplicables jusque-là. Le choléra, pris en bloc, était mal connu ; le choléra, envisagé dans ses quatre formes et dans les diverses périodes et variétés qu'elles présentent, est une des maladies les mieux étudiées. Grâce à ces distinctions fondamentales, les indications pour le traitement sont plus précises ; on sait quels cas sont curables, quels cas ne le sont pas. La statistique a dès lors une base, la thérapeutique un criterium, et il n'y aplus de place pour les opinions contradictoires et les résultats opposés, qui engendrent le scepticisme. Rappelons donc sommairement ces formes sans entrer dans la description plus complète d'une maladie dont les caractères spécifiques : vomissements, diarrhée, crampes, cyanose, refroidissement, aphonie, suppression des urines, affection gastro-intestinale, forment une physionomie tellement accentuée, qu'elle est connue du vulgaire.

Les quatre formes du choléra sont : 1° la *cholérine*, non pas le symptôme diarrhée, la diarrhée prémonitoire, non pas le prélude fréquent de l'invasion du choléra franc, mais la maladie elle-même sous son aspect le plus simple et dans sa forme la moins grave.

2° Le *choléra franc*, avec ses deux périodes bien tranchées, une période *algide* et une période de *réaction*, s'il tend à la guérison, ou de *collapsus*, s'il doit se terminer par la mort.

3° Le *choléra ataxique*, caractérisé aussi par une période algide, mais moins tranchée, moins prolongée, avec une prostration des forces ou une disproportion, une incohérence dans les symptômes qui ne tarde pas à devenir inquiétante ; puis par une période de réaction incomplète et trompeuse ; enfin par une période ultime d'accidents graves, de malignité, de *déroute* des fonctions naturelles ou végétatives, des fluxions, et des inflammations viscérales, *à froid*, pour ainsi dire, sans la moindre diminution de la cyanose ni de l'algidité.

4° Le *choléra foudroyant* ou cyanique d'emblée, sans prodromes ou avec des prodromes insignifiants ; invasion brusque et simultanée de la diarrhée, des vomissements caractéristiques, de la cyanose, de l'algidité et des crampes. Cette forme n'a pour ainsi dire qu'une seule période ou

(1) *Du Traitement de la pneumonie et du choléra par la méthode de Hahnemann.*

attaque violente, rapide, continue de tous les symptômes en même temps, sans rémission ni trêve jusqu'à la mort.

Faisons, en passant, et à titre d'exemple, une application de cette division si naturelle et si médicale du choléra.

On a dit, on a répété que la présente épidémie, à Paris comme à Marseille, présentait des caractères nouveaux; qu'elle avait comme un type rémittent, quelque chose de typhoïde, d'irrégulier, des phénomènes cérébraux insolites, des éruptions à la peau, etc. (1) Sans nier que chaque épidémie puisse porter le cachet de son génie particulier, il est facile de reconnaître la forme ataxique à cet ensemble mal défini; que cette forme, que certaines variétés de cette forme prédominent, nous ne le nions pas, nous l'avons nous-même constaté; ce que nous nions, c'est que tous les cholériques aient présenté cette forme; c'est que le choléra foudroyant et que le choléra franc, plus fréquents peut-être en 1832 et 1849, n'aient pas été observés en 1865. Les premiers atteints par l'épidémie, ceux qui sont morts en quelques heures, et il y en a un grand nombre, ont succombé à la forme foudroyante ou cyanique d'emblée.

D'un autre côté, ceux qui soutiennent la fréquence, l'existence presque constante de la diarrhée prémonitoire, ont raison s'ils ne parlent que

(1) « Voici, d'après les renseignements que nous avons recueillis, quels sont les caractères principaux qu'offre la maladie dans les salles militaires : sa forme la plus commune est celle du choléra indigène. Ses caractères diffèrent sensiblement de ceux qu'elle présentait en 1849. Ce qui domine dans cette modification, c'est l'élément typhique. En voyant pour la première fois un malade, soit au début de l'attaque, soit pendant la période de réaction, nous disait un de nos collaborateurs de l'armée, il faut quelque attention pour s'assurer que l'on a sous les yeux un cholérique ou bien un sujet atteint de fièvre typhoïde. Tandis que, dans les épidémies précédentes, les crampes, les vomissements, les selles, la persistance de l'algidité constituaient les phénomènes les plus saisissants de la maladie, aujourd'hui le réchauffement des malades s'opère assez facilement : les vomissements persistent peu, les selles riziformes sont rarement excessives, les crampes manquent le plus souvent. La peau est froide, cyanosée, mais non couverte de suintement visqueux. Comme les déperditions sont généralement peu abondantes, on ne trouve qu'exceptionnellement le sang poisseux. Les malades s'acheminent mollement et à travers une profonde torpeur vers la convalescence. Les cas dits foudroyants et sans symptômes prémonitoires sont rares.

« Ce tableau diffère peu, comme on le voit, de celui que nous avons tracé d'après la physionomie générale des malades des hôpitaux civils et de la ville, et il confirme l'analogie que nous avons cherché à établir entre l'épidémie actuelle et celle de 1853. » (*Gazette des hôpitaux*.)

de la cholérine et du choléra franc ; ils ont tort, s'ils parlent de tous les cas de choléra. Le choléra ataxique, et surtout le choléra foudroyant, n'ont pas, en général, de prodromes.

Sur toute la ligne, la connaissance des formes de la maladie est aussi féconde, et nous verrons spécialement, à propos du traitement, quelle importance elle a comme source d'indications distinctes. Seule elle peut mettre d'accord ceux qui prétendent avoir des remèdes infaillibles et ceux qui affirment qu'on ne guérit pas le choléra ou qu'il guérit spontanément.

C'est donc avec une haute raison qu'après avoir fait de main de maître l'analyse physiologique et l'analyse pathologique du choléra, J.-P. Tessier, abordant l'analyse thérapeutique de cette maladie, disait : « Les analyses qui précèdent ont, je crois, suffisamment établi que, sous le rapport de la physiologie et de la pathologie, le choléra-morbus nous était aussi bien connu que les autres maladies graves. Il me reste à prouver que l'on peut en établir le traitement sur des bases vraiment scientifiques. Nous ne voulons pas dire par là que ce traitement sera constamment efficace, les faits nous donneraient un démenti formel. Nous disons seulement que l'on peut établir scientifiquement les indications et les médications correspondantes ; donner la raison des succès et des insuccès obtenus ; enfin déterminer ce qui est fait et ce qui reste à faire dans le traitement de cette maladie. »

Mais, pour un trop grand nombre de médecins, le scepticisme est de mode. Sur la question des quarantaines comme sur le reste ces observateurs n'observent plus. Ils rient et font rire de leur ignorance ou de leurs partis pris. Ne faisons pas comme eux. Étudions, distinguons les faits, écoutons les leçons de l'expérience, et sur les points encore les plus obscurs de l'histoire du choléra, sur son *étiologie*, par exemple, enregistrons avec soin, et sans préjugé, les renseignements recueillis par les vrais observateurs.

II

A ce titre, signalons la remarquable communication *étiologique* de M. Grimaud, de Caux, à l'Institut (1), sur l'origine de l'épidémie et son importation à Marseille. Les premiers cas officiellement déclarés le furent seulement le 23 juillet; mais M. Grimaud, de Caux, a fait remonter sa sagace investigation au 9 juin précédent. Dans la nuit du 14 au 15 juin, sur le quai de la Joliette, deux hommes avaient été relevés, et un phar-

(1) Comptes rendus de l'Académie des sciences, 9 et 16 octobre 1865.

macien du voisinage, en les voyant, s'était écrié : *C'est le choléra !* D'autres faits du même genre avaient eu lieu dans cette partie de la vieille ville qui regarde la Joliette.

Or, le dimanche 11 juin, c'est-à-dire trois jours avant, était entré dans le port Napoléon le navire la *Stella*, parti le 1er juin d'Alexandrie, où sévissait le choléra, et portant, sur 97 passagers, 67 pèlerins algériens venant de la Mecque et de Djeddah où l'épidémie était dans toute sa force. C'est par ce navire qu'est arrivée en France la première nouvelle de l'existence du choléra à Alexandrie. Mais hélas ! il n'en apportait pas que la nouvelle.....

Le même jour, 11 juin, arrivait, dans la soirée, *le Byzantin*, avec 55 passagers. Parti d'Alexandrie le 3, il avait touché Malte. Le 15, c'était le tour de la *Syria*, portant la malle anglaise et 120 passagers. Le 16, le *Saïd*, avec 190 passagers. Le 24, viennent *l'Assyrien*, et, le 28, le *Tarifa*, etc.; en tout 562 personnes arrivées coup sur coup d'Alexandrie où l'épidémie était dans sa période ascendante.

Mais ne suivons qu'un seul de ces navires, le premier, la *Stella*. M. Grimaud, de Caux, interroge le livre de bord. Qu'y voit-il ? Qu'après huit jours de mer, le 9 juin, on avait jeté à la mer deux pèlerins *décédés*. Les 65 autres débarquent dans l'après-midi du 11 juin. *Il y en avait de bien malades*, dit le capitaine du fort; on les mit sous la tente, dans la batterie basse qui regarde l'entrée du port, où l'on pénètre par une poterne taillée dans le roc. L'un d'eux mourut vers sept heures du soir, dans le fort même. « L'infection s'était attaché, dit M. Grimaud, au roc de la poterne du fort Saint-Jean. Des odeurs animales repoussantes, ayant un fond musqué, se faisaient sentir sous cette poterne huit jours encore après le départ des Arabes, dont quelques-uns s'étaient logés sous son abri; Ben-Kaddour y avait rendu le dernier soupir et son corps y avait passé la nuit. Les Arabes sortent du fort Saint-Jean pour aller à l'embarcadère. Une foule de curieux de ce quartier populeux se mêle aux pèlerins, les entoure, assiste au long chargement de leurs bagages encombrants, chargement qui se faisait en dehors du fort. Cette foule les accompagne pendant un trajet de plus d'un kilomètre; » et c'est à la suite de ces faits « que la vieille ville offre les premiers cas de choléra..... »

M. Grimaud, de Caux, cite encore d'autres preuves de la propagation du choléra qu'il range sous le titre de *faits de contagion*. A quelque distance de Marseille, un paysan, qui ne quittait pas la campagne, meurt du choléra; sa femme en meurt également. Il faut ajouter que la femme,

blanchisseuse, avait reçu un paquet de linge sale provenant d'un individu récemment arrivé d'Égypte, et c'est le mari qui avait ouvert le paquet dont, le premier, il avait développé toutes les pièces.

A l'administration des postes de Marseille, sur 9 employés à l'*arrivée* des lettres, 8 ont été malades et successivement, à mesure qu'ils remplaçaient les premiers atteints, au moins jusqu'au cinquième. Un est mort. Rien de semblable, au contraire, au bureau du *départ*....

« Maintenant, tout s'explique, dit M. Grimaud, de Caux ; il n'y a plus rien de mystérieux dans la marche du fléau. Le choléra voyage avec les hommes et avec les choses. Là où de tels hommes ne sont pas, là où on ne transporte pas de telles choses, la maladie ne se déclare point. Les 562 voyageurs de la *Stella*, du *Bysantin*, de la *Syria*, du *Saïd*, etc., et les correspondances et les effets débarqués, du 11 au 16 juin, à Marseille, venant d'Alexandrie, se sont dispersés en Europe, et partout où ils se sont fixés, ils ont semé la graine du choléra ; et cette graine a germé là où elle a trouvé un terrain préparé pour la recevoir, c'est-à-dire des constitutions prédisposées.... »

Avec cette réserve des *prédispositions* et en n'acceptant la *graine* du choléra que comme une métaphore, nous adoptons pleinement les idées de l'auteur sur la propagation infectieuse ou contagieuse de l'épidémie, et bien des raisons, sur lesquelles nous reviendrons plus tard, nous portent à croire qu'un des agents les plus actifs de cette propagation, ce sont les excrétions des malades, lesquelles sont de véritables produits morbides (1).

Les faits pullulent, quand on y regarde (2), en faveur de la propagation, surtout dans l'épidémie actuelle. En voici un qui s'est passé, pour ainsi dire, sous nos yeux, et qu'il nous est impossible de ne pas rapporter. L'acquéreur d'un château, à quelques lieues de Paris, désirant y passer un jour ou deux avant sa prise de possession définitive, s'y était rendu avec une domestique anglaise. Malade, à l'insu de son maître, depuis quelques jours, à peine était-elle arrivée que les phénomènes pré-

(1) Il serait utile de s'assurer de l'état sanitaire, en temps d'épidémie, des endroits où il y a beaucoup de blanchisseries, comme à Boulogne, près Paris, où, en 1855, succombaient un grand nombre d'enfants.

(2) En 1854 et 1855, pendant la guerre de Crimée, la propagation du choléra par ceux qui en étaient atteints a été bien suivie et rendue évidente sur plusieurs points de l'Europe.

monitoires font place à un choléra confirmé. Une femme de chambre du château est prise à son tour en soignant la première. Une religieuse, appelée de Paris pour lui donner des soins, succombe quelques heures après d'un choléra foudroyant. Une jeune femme du pays est prise à son tour au contact de ces malades et meurt le lendemain. Les deux premières finissent à leur tour par succomber. Quatre personnes atteintes, quatre morts, dans une localité où il n'y avait pas trace de choléra! Je dois ajouter que tous les autres domestiques et plusieurs personnes de la même maison présentèrent quelques symptômes cholériques.

Il y a dans les faits de ce genre un grave enseignement: il faut en tenir grand compte; les enregistrer, en tirer des conséquences pratiques, et proclamer la nécessité de se garder des personnes et des lieux infectés, de les isoler momentanément et de neutraliser par tous les moyens possibles leur funeste influence (1).

III

Après ces rapides considérations sur les distinctions *pathologiques* et sur l'*étiologie* du choléra en général et de l'épidémie actuelle en particulier, parlons du traitement. Où en est l'école dominante? Que fait-on dans les hôpitaux? En vérité, si quelque chose peut justifier l'ironique scepticisme de M. Velpeau à l'Institut, c'est ce qui se passe dans les services officiels. C'est là qu'on peut dire que *le choléra se guérit mieux sans traitement*... Est-ce, d'autre part, l'inanité, la fantaisie, l'arbitraire de ces médications aussi variées que le caprice des médecins, qui plonge l'Académie dans un silence prudent, mais plus qu'intempestif, et dont rien ne la peut faire sortir? En effet (chose curieuse!) chacun a son traitement.

A l'Hôtel-Dieu, M. Horteloup combat au début les vomissements et la diarrhée par l'ipéca, le bismuth et le diascordium; la période algide, par le thé au rhum, les infusions chaudes, aromatiques, les révulsifs, l'électricité appliquée le long de la colonne vertébrale et les attaches du diaphragme; les crampes, par les chaînes de Pulvermacher; la réaction, par le café chaud ou à la glace, par les vésicatoires derrière le cou ou sur

(1) M. Grimaud, de Caux, simplifie un peu trop les choses : pour lui, la préservation individuelle n'est, au fond, qu'une *affaire de toilette* et *d'hygiène privée*, et la préservation publique se réduit à ceci : le choléra est une *provenance*. Il faut lui *fermer toutes les portes*.

l'estomac; il aide la convalescence par l'emploi du sulfate de quinine.

M. Vigla avait commencé par donner l'ipéca au début. Il y a renoncé depuis; — il emploie des potions stimulantes avec l'éther, l'acétate d'ammoniaque, la teinture de badiane, des lavements avec le ratanhia, le laudanum, des vésicatoires, des ventouses scarifiées sur le rachis, des sinapismes aux jambes; quand la réaction prend le caractère *typhique*, le sulfate de quinine, le quinquina, le camphre.

M. Barth a une méthode plus simple. Les malades sont glacés; il les réchauffe avec des boissons chaudes; il leur administre des bains d'air chaud, des frictions sèches. Ils se réchauffent; alors, pour prévoir l'excès de la réaction, il les saigne.

A l'hôpital Beaujon, M. Gubler a renoncé aux boissons chaudes excitantes de ses collègues; il leur donne de la glace dans la période algide. (O puissance de l'homœopathie! et M. Vigla qui donnait l'ipéca contre les vomissements! Que va dire M. Dupin?) M. Gubler abreuve ses malades, non de champagne frappé, mais de bière frappée. Il combat les vomissements par l'eau de chaux et fait usage de la méthode hypodermique pour administrer, contre les congestions de la seconde période, certains médicaments qui ne s'absorberaient pas autrement, le sulfate de quinine en particulier. A la glace, à la bière frappée, il ajoute le café. C'est, on en conviendra, une médication originale et assez agréable. C'est, de toutes celles que nous avons signalées, celle à laquelle nous donnons la préférence.

A la Charité, M. Pelletan de Kinkelin reste fidèle au traitement de Magendie: thé au rhum et eau de Seltz. On raconte des choses étonnantes, il n'y a qu'une voix sur les résultats qu'il obtient. Néanmoins, les vésicatoires ne suffisant pas, on dit qu'il emploie aujourd'hui la cautérisation au fer rouge.

Dans le service des femmes, M. Parrot donne le chloroforme en potion, de la glace, du vin de Bagnols et des bouillons à volonté.

A la Pitié, M. Bernutz réchauffe ses malades avec l'esprit de Mindererus et l'éther, puis il les frictionne avec le baume de Fioraventi et le chloroforme. Il les soutient avec des révulsifs et du vin de Bordeaux. Il avait essayé de faire respirer de l'oxygène à ses malades; mais il y a renoncé depuis.

A l'hôpital Saint-Antoine, M. Boucher de La Ville-Jossy réchauffe ses cholériques, tantôt à l'eau froide, tantôt à l'eau chaude. Plus tard, il leur injecte sous la peau un puissant mélange de sulfate de quinine et d'acide tartrique.

N'est-ce pas assez pour donner une haute idée de la *fécondité* et de la *variété* de cette thérapeuthique si justement fière d'elle-même ? Autant de services, autant de traitements ! Et, notez-le, tous *rationnels !* Des formes, des variétés, des indications, jamais il n'en est question ; c'est une affaire d'inspiration et de sentiment ; l'expérience même n'est jamais invoquée, témoin ce fameux document imprimé ces jours-ci dans tous journaux et contresigné Jobert de Lamballe, lequel ne conclut à rien, mais se termine par cette affirmation tranchante : qu'il n'y a pas de *préservatifs*, et qu'aucun de ceux qui ont été signalés ne mérite confiance. Si nous demandions humblement à l'habile chirurgien, en vertu de quelles expériences il se prononce aussi carrément dans une question d'ailleurs toute médicale, il nous répondrait sans doute avec un magnifique aplomb : *Experientia fallax.* A quoi bon observer ?

Eh bien ! quoi qu'il en soit, à cette thérapeutique de hasard, à ces médications sans principe et sans règle, toujours variables et souvent opposées, à ces essais que rien ne justifie, nous osons préférer une méthode plus scientifique, basée sur l'expérience, répondant à des indications précises et sur laquelle s'entendent tous ceux qui l'appliquent ; il s'agit, on l'a compris, de la méthode des indications et des médications positives due au génie de Hahnemann. Ce qui en fait la supériorité, c'est d'abord que d'après les connaissances acquises sur les effets certains des médicaments et sur les caractères du choléra, en vertu de la loi des semblables, le traitement de cette terrible maladie était formulé d'avance avant sa première invasion dans l'occident de l'Europe ; c'est qu'ensuite cette méthode de traitement a été sanctionnée par l'expérience sur une immense échelle ; c'est enfin qu'elle est uniformément acceptée et identiquement appliquée par des médecins de tout pays, de toute langue et de toute école ; de telle sorte que, tandis qu'il n'y a pas deux allopathes qui soient d'accord, il n'y a pas deux homœopathes qui diffèrent sur le traitement du choléra.

Tous sont unanimes sur l'ensemble du traitement. Il y a là, même pour les gens étrangers à l'art de guérir, une grave présomption en faveur de l'homœopathie. D'un côté, en effet, désaccord et arbitraire, de l'autre, accord parfait et règles fixes.

Il suffit, en effet, pour donner une idée juste de ce traitement, d'en rappeler à traits rapides les principales indications.

Comme *préservatifs* il n'y a guère de médecins pratiquant la nouvelle

méthode thérapeutique qui ne conseillent l'usage de *veratrum* et de *cuprum* alternés, une goutte ou quelques globules tous les deux ou trois jours.

Comme moyens *curatifs*, et pour répondre à l'indication capitale tirée de l'espèce de la maladie, les médicaments employés par tous sans distinction sont : le *camphre*, l'*ipeca*, l'*acidum phosphoricum*, le *veratrum*, l'*arsenic*, le *cuprum*, le *carbo vegetabilis*.

Quant aux indications qui se tirent des formes, même accord, sauf des nuances insignifiantes.

Dans la cholérine, où l'affection gastro-intestinale est à peu près tout, *ipeca* et *phosphor. acidum* ; *ipéca* quand les vomissements prédominent ; *phosphor. acid.* quand ce sont les selles ; *veratrum* enfin dans le plus fort degré de cette forme et lorsqu'il y a évacuation par haut et par bas.

Dans le choléra franc, le *camphre* au début, s'il y a malaise, refroidissement, anxiété, crampes sans évacuation ou avec évacuation peu abondante; mais on n'insiste pas longtemps sur ce médicament, pas plus que sur *nux vom.* ou *ipeca*, si les phénomènes augmentent, et l'on passe immédiatement à *veratrum*. Le *veratrum* est le médicament principal dans ce cas, quand les vomissements et les selles sont répétés, par saccades, que les matières rendues sont *riziformes*, qu'il y a une grande angoisse ; langue et haleine froide ; refroidissement général ; crampes ; peau ridée à la face interne des mains; urines supprimées. On le donne à doses répétées, quelques gouttes d'une basse dilution dans un verre d'eau, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, plus souvent même, s'il y a urgence.

Le *cuprum* est mieux indiqué que le *veratrum*, si les crampes prédominent et s'il y a des mouvements convulsifs. Si le *veratrum* et le *cuprum* ne suffisent pas, tous les médecins s'accordent à donner l'*arsenic* de la même façon, surtout dons les cas les plus graves et lorsqu'aux phénomènes précédents se joignent ou succèdent une grande agitation, un feu brûlant à l'épigastre, une soif ardente, une angoisse et une crainte extrême de la mort, un pouls misérable, une sueur froide et visqueuse, la chute générale des forces jusqu'à la prostration la plus complète.

Si les fonctions végétatives sont surtout atteintes, si la vie va s'éteignant, c'est à *carbo vegetabilis* qu'on a l'habitude de recourir.

Dans la période de réaction, *aconit* si la fièvre est franche; *bellad hyoscyanum*, s'il y a des congestions, des inflammations cérébrales ; *puls. bryone*, *nux vom.*, *sulf.*, si les organes abdominaux sont affectés

consécutivement, etc. Nous ne pouvons énumérer ici toutes les indications secondaires.

Le choléra *ataxique* est, ainsi que le *foudroyant*, très-difficile à guérir. Cependant, comme il y a eu quelques cas de guérison, il convient de les combattre, et c'est encore *veratrum*, *arsenic*, *carbo vegetabil.*, etc., à doses souvent répétées, qu'il est bon d'administrer.

Pour ces deux formes, on s'accorde à les regarder jusqu'ici comme à peu près incurables; mais ici on a au moins la raison de l'impuissance des médicaments; c'est qu'il n'en est aucun qui « présente, à l'état simultané, les mêmes phénomènes que le choléra foudroyant, et qu'aucun ne présente les phénomènes cholériques en même temps que l'ataxie et la malignité..... » (1).

L'homœopathie est d'une puissance incontestable dans les deux premières formes : la cholérine et le choléra franc; mais, il faut le reconnaître, dans la forme ataxique, et surtout dans le choléra noir d'emblée, comme l'allopathie, elle est à peu près sans effet (2), à cause de l'irrégularité de l'évolution et de la malignité constante des phénomènes dans la première, à cause de l'anéantissement immédiat et direct de la vitalité dans la seconde de ces deux formes.

Donc, là où elle est applicable, la méthode de Hahnemann permet une détermination scientifique des indications et des médications (3); et là où elle reste impuissante, on le sait à peu près d'avance, et on en a encore la raison scientifique.

Quant aux résultats statistiques, ils démontrent la vérité de nos assertions et la supériorité du traitement homœopathique.

Voici des chiffres authentiques publiés en 1857 (4) :

RÉSULTAT DES OBSERVATIONS DE M. ROUX (DE CETTE).

1° Cholérines.		guérisons :	15	— décès :	0	. total :	15
2° Choléras	francs. . . .	—	20	—	2	—	22
3° —	ataxiques . .	—	1	—	7	—	8
4° —	foudroyants.	—	0	—	6	—	6
	Total.		36	—	21	—	51

(1) J.-P. Tessier, *Du traitement de la pneumonie et du choléra.*

(2) *Id.*, *ibid.*

(3) *Id.*, *ibid.*

(4) *De l'homœopathie et du choléra-morbus épidémique*, par le Dr Davasse. *Art médical*, 1857.

RÉSULTAT DES OBSERVATIONS DE J.-P. TESSIER.

1° Cholérines	guérisons :	2	— décès :	0	total :	2
2° Choléras francs	—	10	—	1	—	11
3° — ataxiques . .	—	1	—	3	—	4
4° — foudroyants .	—	0	—	3	—	3
Total.		13	—	7	—	20

Quant aux les résultats généraux, toutes les statistiques s'accordent à avouer, pour le traitement ordinaire, 40 à 50 0/0, si l'on tient compte des cas légers et des cholérines (1); tandis que la méthode homœopathique, non-seulement à Paris et à Cette, mais à Londres, à Édimbourg, à Vienne, à Berlin, etc., dans les hôpitaux et dispensaires publics, a toujours eu une mortalité inférieure et qui n'a jamais atteint au delà de 30 à 50 0/0.

Voici pourquoi nous professons pour cette méthode la plus haute, la plus entière préférence, sans tomber, comme on l'a fait, mais comme on ne le fait plus aujourd'hui, dans de regrettables exagérations, et voilà pourquoi nous pouvons dire, sans être prophète, que la commission de l'Académie, chargée de dépouiller les statistiques du choléra, ne fera jamais son rapport ou ne tiendra pas compte des résultats comparatifs.

ALPH. MILCENT.

NOUVELLES

Nous avons le regret d'annoncer la mort du professeur Malgaigne, connu par ses travaux en chirurgie, en anatomie chirurgicale, par sa belle et facile intelligence, par ses qualités oratoires, par un talent de professeur tout à fait hors ligne. M. Velpeau et M. Béclard ont prononcé des discours sur cet éminent chirurgien, et il ne nous appartient pas de faire ici son panégyrique. Mais c'est un devoir pour nous de rendre hommage à son caractère naturellement indépendant et ami de la vérité, et de rapporter un trait qui l'honore. Dans un concours, M. Malgaigne ne craignit pas de dire qu'il *admettait franchement et résolument la* DIATHÈSE PURULENTE. C'était une périlleuse audace pour un candidat. Depuis il fut peut-être plus réservé sur une maladie que M. Nélaton et

(1) M. Davasse, *Loc. cit.*

M. Tardieu, il y a longtemps, il est vrai, ont inscrite aussi sous son véritable nom dans leurs ouvrages.

— L'Empereur et l'Impératrice ont été séparément visiter les cholériques : l'Empereur à l'Hôtel-Dieu et dans les hôpitaux militaires ; l'Impératrice à Beaujon, à Lariboisière et Saint-Antoine. Un mot vraiment chrétien a été dit dans une de ces visites ; un malade avait répondu : « Oui, ma sœur. » — « Mon ami, lui dit la religieuse, ce n'est pas moi, c'est l'Impératrice qui vous parle. » — « Ne le reprenez pas, dit vivement l'Impératrice, c'est le plus beau nom qu'il puisse me donner. »

— Mgr l'archevêque de Paris, accompagné de ses vicaires-généraux, a rendu visite aux cholériques, à l'hôpital de la Charité. On dit qu'il a été assez souffrant à la suite de cette visite.

— Deux éléves externes des hôpitaux, MM. Cacciaguerra et Mocquot, sont morts du choléra. M. Jubin, interne à l'Hôtel-Dieu, vient également de succomber au choléra, ainsi que le D[r] Aquaronne, attaché à l'ambulance du Vieux-Palais, á Toulon. Ce sont de nobles morts, sur le champ de bataille du médecin. A. M.

— On lit dans le *Moniteur* du 31 octobre :

« S. Exc. M. le ministre de l'intérieur, s'est rendu aujourd'hui à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital Beaujon.

« En exécution des ordres de l'Empereur, M. le Ministre a annoncé que Sa Majesté avait été vivement touchée, lors de la visite qu'elle a daigné faite personnellement dans les hôpitaux, du zèle infatigable avec lequel les internes attachés au service des cholériques avaient rempli leur mission. Son Excellence a ajouté que l'Empereur, voulant récompenser le corps tout entier dans la personne de deux de ses membres qui se sont particulièrement signalés, avait daigné nommer chevaliers de la Légion-d'Honneur M. Legros, interne à l'Hôtel-Dieu, et M. Lelion, interne à l'hôpital Beaujon.

« Conformément aux intentions de Sa Majesté, M. le ministre de l'intérieur a remis la croix à MM. Legros et Lelion dans la salle des cholériques, c'est-à-dire dans le lieu même qui a été témoin de leur courageux dévouement.

« M. le ministre de l'intérieur était accompagné de M. le sénateur préfet de la Seine et de M. le préfet de police. »

Le Rédacteur en chef, Jules Davasse.

Paris. — Imprimerie de A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.

L'ART MÉDICAL

DÉCEMBRE 1865

ÉTIOLOGIE

DE LA SYPHILIS TRANSMISE PAR LA VACCINATION

— SUITE ET FIN (1) —

III

Si l'on étudie le pouvoir contagieux de la syphilis dans l'ensemble des faits qui l'éclairent et non d'après les hypothèses qui l'obscurcissent, on s'aperçoit bientôt qu'il ne s'exerce pas toujours d'une manière inflexible et uniforme, et que sa variabilité se trouve définie par des circonstances diverses.

Ainsi la contagion diffère suivant la forme de la maladie, à ce point que toute une école de syphilographes s'est crue obligée déjà à scinder ce genre morbide en deux espèces radicalement distinctes. Mais, ainsi que nous croyons l'avoir démontré, avec la dernière évidence, dans notre livre (2), ces deux espèces ne sont autre chose que deux grandes formes de la même unité, laquelle, d'ailleurs, comprend encore d'autres types spécifiques. Dans toutes ces catégories flagrantes qui en dépendent, le pouvoir contagieux de la syphilis présente des caractères en quelque sorte spéciaux qui le dis-

(1) Voy. *l'Art médical*, novembre 1865.

(2) *La Syphilis, ses formes et son unité.* Paris, 1865. Baillière et fils, éditeurs.

tinguent d'une manière plus ou moins remarquable.

Non-seulement la contagion s'exerce diversement, suivant les formes syphilitiques, mais encore il arrive qu'elle présente quelques variétés, dans chaque forme même. Ainsi, pour la plus importante, la syphilis confirmée, on trouve que sa contagiosité varie :

1° Suivant les époques de la maladie : très-active dans l'ulcération primordiale, elle décline avec les poussées secondaires et tardives et disparaît dans les périodes invétérées et cachectiques ;

2° Suivant les lésions d'une même époque : les plaques muqueuses, plus contagieuses que l'impétigo ou l'ecthyma ; ces dernières que la roseole ou le lichen, etc. ;

3° Suivant les agents de la transmission : le pus plus apte à la contagion que le sang, le sang que le sérum ou le lait, etc. ;

4° Suivant les individualités : d'une part, tel sujet, toutes choses égales d'ailleurs, sera plus rebelle à contracter la maladie que tel autre qui la gagnera maintes fois, en dépit de l'*unicité* ordinaire de son développement. D'autre part, il est des malades qui semblent donner à la contagion une violence extraordinaire, même par des voies intermédiaires qui sont, d'habitude, plus ou moins réfractaires à cette transmission. Et à ce sujet, qu'il me soit permis d'invoquer ici le souvenir d'un fait qui a causé de longues perpléxités à M. Ricord et que M. Trousseau a reproduit devant l'Académie.

Il s'agit d'une foule de jeunes Israélites de Paris, présentant après la circoncision des accidents d'abord locaux, puis généraux, tellement semblables à la syphilis que l'on ne pouvait raisonnablement les attribuer à une autre cause. C'était toujours le même péritomiste qui circoncisait à la synagogue de Paris ; jamais auparavant pareil désastre n'avait été signalé, jamais il ne l'a été depuis cette époque. Le circonciseur, après avoir coupé le prépuce, mettait dans sa bouche le pénis de l'enfant et exerçait une sorte de succion : c'était une pratique an-

cienne et qui s'exerce encore dans beaucoup de communautés juives. Les instruments furent changés et remplacés par des neufs. M. Ricord put s'assurer que ni à la bouche, ni ailleurs, le péritomiste ne portait des traces de vérole, pourtant il était difficile de ne pas croire qu'une syphilis cachée infectait sa salive. Le mal se continua et ne cessa que lorsque le consistoire israélite, éclairé par M. Ricord, ordonna que désormais on s'abstînt de la succion après la circoncision! (1)

C'est dans ces faits qu'est, selon nous, la clef de ces terribles explosions à Rivalta, à Cremone, à Lupara, à Hollfeldzs, à Bergame, etc.; c'est par l'effet d'une virulence élevée, en quelque sorte, à l'un des plus hauts degrés de sa puissance, que le vaccin lui-même, cet agent ordinairement si peu propice, comme la salive, à la transmission de la syphilis, en devient, dans de certaines circonstances exceptionnelles, l'occasion violente et plus ou moins irrémissible.

Nous insistons en passant sur ces enseignements — dont le lecteur trouvera les développements dans notre livre — parce qu'ils n'ont pas encore suffisamment attiré l'attention des médecins. Sous l'influence des errements en crédit touchant la nature du virus syphilitique, ils ne considèrent la contagion que comme le résultat toujours uniforme d'une semence ou d'un levain toujours identique, sans faire la part de la maladie elle-même qui s'imprime diversement sur les agents de la transmission, suivant les circonstances que nous venons de mentionner. Là est non-seulement le secret de la syphilis vaccinale, mais encore de la syphilis originelle du xve siècle, des types endémiques encore persistants au Brésil, au Canada, en Écosse, en Afrique et jusque dans la Chine, et enfin des différences si grandes qui distinguent la syphilis congénitale et la syphilis acquise chez les enfants. En un mot, il faut voir dans ce

(1) *Loc. cit.*, p. 316.

genre morbide, non point, avec la plupart des syphilographes contemporains, le résultat fruste d'une semence invariable, mais une maladie, à l'instar de tous les autres groupes morbides contagieux et comprenant dans son unité immuable des différences définies en rapport avec ses formes, ses variétés, d'une part, et les idiosyncrasies individuelles, d'autre part : seul point de vue susceptible de nous donner la clef de tant de faits obscurs et bizarres qui rendent l'énigme indéchiffrable pour les systèmes du jour.

IV

Il faut donc absoudre en grande partie la vaccine des accusations que quelques exemples malheureux ont fait peser sur elle, et écarter de l'esprit des populations les préventions exagérées qui pourraient nuire à la propagation de ses bienfaits. L'expérience démontre suffisamment que c'est par exception que la lancette du vaccinateur devient l'instrument de la transmission syphilitique, et que cette exception déjà si restreinte peut disparaître elle-même par le fait des garanties que la prudence commande impérieusement de prendre en pareils cas.

Cependant, il ne faut pas s'endormir sur la foi de quelques précautions puériles et illusoires. Telles nous paraissent les recommandations de M. Depaul, relativement à la substitution de l'aiguille à la lancette, et la préférence accordée par M. Diday au vaccin conservé en plaques ou en tubes sur celui que l'on retire directement des pustules. Ces soins nous paraissent à peu près sans valeur.

La première de toutes les conditions sérieuses c'est de ne pas choisir pour étalon vaccinal un enfant, nous ne disons pas âgé de moins d'un mois, avec M. Trousseau, ou de 2 à 3 mois avec M. Depaul, mais de moins

de 5 ou 6 mois, et davantage encore s'il est possible. En effet, s'il est le plus ordinaire de voir les premiers accidents apparents de la syphilis congénitale se développer dans les premières semaines qui suivent la naissance, il n'est point très-rare qu'elle apparaisse encore plus tard. Et si l'on veut même jeter les yeux sur l'âge des jeunes vaccinifères qui ont communiqué l'infection à un si grand nombre d'enfants dans les exemples qui précèdent, on y trouve que l'un (celui du professeur Cerrioli) était âgé de 3 mois; un second (celui de M. Marrone) avait 8 mois; un troisième (celui de Rivolta) avait atteint l'âge de 11 mois; et que tous ces sujets choisis de préférence, comme étalons pour la vaccine, offraient à ce moment toutes les apparences d'une bonne constitution et d'une robuste santé.

Après l'âge, l'habitude extérieure des enfants mérite une grande considération. Si les apparences de la santé sont parfois trompeuses, ainsi que nous venons d'en citer quelques exemples, celles de la maladie, quand elles existent, ont le privilége de ne pas induire en erreur. Sans attendre les éruptions caractéristiques, il faut donc se refuser absolument à emprunter le vaccin aux enfants frêles et débiles, au teint bistré ou empyreumatique, affectés de coryza, à plus forte raison, d'éruptions douteuses.

Pour plus de sécurité, on prendra garde de ne pas provoquer d'écoulement sanguin en insérant l'instrument dans la pustule vaccinale, et l'on aura soin de l'essuyer exactement à chaque fois que l'opérateur aura terminé l'inoculation sur le bras d'un enfant, avant de recommencer sur un nouveau.

Enfin, il est superflu de dire que l'on doit s'assurer, autant que cela est permis, de la santé des ascendants du vaccinifère, et que pour mieux éviter toute surprise,

le médecin, quand il aura le choix, fera sagement de ne puiser son vaccin que sur les enfants dont les familles lui offriront depuis longtemps toute garantie de moralité et de sécurité.

M. Viennois a proposé une mesure plus radicale, le retour au cowpox, ainsi que cela se pratique à Naples depuis un demi-siècle. Un très-excellent praticien, le Dr Fiard, dont le zèle et la persévérance n'ont point été étrangers à la pratique des revaccinations, se servit pendant un certain temps, à Paris, du vaccin pris sur des génisses. M. Lannoix, après avoir été témoin sur les lieux de la méthode usitée à Naples, s'en est fait le propagateur à Paris. Il suffit de la mentionner. C'est encore une question à l'étude, dont on peut espérer sans doute de salutaires résultats, quant à la pureté du vaccin. Là, du moins, il sera exempt de toute accointance avec la syphilis dont les animaux, — malgré toutes les calomnies, — et les bêtes à cornes en particulier, ne connaissent pas les misères et les méfaits.

V

Il nous sera permis de glisser plus rapidement sur la partie extra-scientifique de la discussion académique relative à la syphilis vaccinale. Cependant il n'est pas possible de la supprimer entièrement : elle a occupé uue trop grande place dans le débat ; enfin ses conclusions ne sont pas d'ailleurs pour la pratique sans intérêt.

M. Depaul a inauguré son projet de rapport au ministre, en alléguant l'opportunité d'une discussion solennelle alors que les passions, après soixante années d'études et d'expériences sur la vaccine, ont eu le temps de se calmer. Dans la bouche de l'honorable rapporteur, cette déclaration n'engageait pas précisément sa pensée. Une intention contraire semblait animer plutôt chacune de

ses paroles. Il était facile de voir que son initiative dissimulait à peine une attaque ardente et passionnée contre les anciennes doctrines d'un de ses collègues les plus éminents, qui fut longtemps sans conteste et qui reste encore pour nous le chef incontesté de la syphilographie contemporaine.

Moins que tout autre, M. Ricord s'est mépris à cette attaque personnelle : « Ah! s'est-il écrié dans sa réplique, si au lieu d'écouter complaisamment une antipathie doctrinale, peut-être même extra-doctrinale dont je n'aurai pas l'indiscrétion de rechercher la date, M. le rapporteur eût consulté, sans prévention, la source des croyances relatives aux dangers ou aux innocuités des contagions vaccinales, il eût répudié, je veux le croire, un genre de polémique rétrospectif, qui, allant au delà des opinions de ses adversaires, s'attaque aux motifs comme aux intentions, et prétend juger jusqu'à l'opportunité, jusqu'à la mesure des convictions ! (1) »

Mais le vivace adversaire de M. Ricord avait beau jeu. Aussi s'est-il acharné avec délices sur la proie facile que lui offraient les anciennes formules de l'hôpital du Midi, relativement aux négations de la contagion syphilitique par les accidents congénitaux, par les symptômes secondaires, par le sang ou le vaccin. Exhumant à grands renforts de citations toutes les propositions avancées depuis trente ans par M. Ricord à ce sujet, il s'est étudié consciencieusement à les mettre en regard avec les démonstrations nouvellement acquises aujourd'hui, afin de les couvrir de confusion et de leur attribuer l'influence la plus directe et la plus désastreuse sur les lacunes et les erreurs de l'observation. Il s'est plu, en un mot, à tourner et à retourner son arme la plus aiguë

(1) *Loc. cit.*, p. 257.

dans toutes les profondeurs d'une plaie qu'il ne veut à aucun prix laisser cicatriser.

Ce n'est pas sans quelque étonnement que l'on a vu M. Trousseau venir un peu à la rescousse du fougueux rapporteur, et surtout qu'on l'a entendu apprécier l'ardeur excessive de cette polémique en des termes mieux faits pour la condamner: «M. Depaul, a-t-il dit, est un rude jouteur: dans les luttes académiques, il a des vivacités, des vérités, qui ne sont pas du goût de tout le monde; il a quelquefois la dent un peu dure, et pour me servir d'une comparaison cynégétique, il donne des coups de boutoir qui décousent les gens; et les gens décousus, qui tout naturellement lui tiennent rancune, ne seraient pas fâchés de le coiffer. Au demeurant, c'est affaire à lui, et quoi qu'on fasse, soyez sûrs qu'on ne le détournera pas de sa piste» (1).

C'est donc à ces procédés cynégétiques, pour me servir de la métaphore de M. Trousseau, que M. Ricord a été condamné à répondre: il a fait tête en plusieurs répliques avec un peu d'amertume, mais non sans dignité. Il est facile de comprendre les ennuis d'un tel athlète continuellement harassé par de tels abois! Nous devons présumer néanmoins que la pudeur de l'Académie n'a point été sans souffrir de ces récriminations rétrospectives, dirigées systématiquement et à perpétuité contre l'un de ses membres, car ce n'est pas la première fois que l'ancien chirurgien de l'hôpital du Midi est mis en cause et placé sur la sellette par M. Depaul. Depuis qu'il est entré dans le cénacle de la rue des Saints-Pères, il a payé cher cet insigne honneur. Son fauteuil académique s'est converti en lit de Procuste. Moins privilégié que la plupart de ses vénérables collègues, il ne peut sommeiller en paix.

(1) *Loc. cit.*, p. 301.

Son triomphe ressemble à une expiation. Harcelé sans pitié par la tactique inquiète de ses adversaires, il est amené à recommencer sans cesse et la confession de ses erreurs passées et la justification de ses opinions présentes. Et cela, pour se retrouver, le lendemain, en face des mêmes juges impassibles et des mêmes assauts triomphants.

Nous n'avons pas eu l'insigne avantage de figurer parmi les élèves distingués ou les brillants satellites de M. Ricord, et aucun engagement ne nous oblige envers lui. Notre vive admiration pour son talent ne nous a jamais défendu la libre appréciation de ses erreurs. Ses travaux ont suscité, à bon droit, de longues controverses. Mais si, dans ces luttes récentes et mémorables, la discussion a fixé enfin la part des illusions et des mécomptes qui rendaient, à quelques égards, son œuvre contestable, il n'est pas moins affligeant de voir cette œuvre décriée aujourd'hui avec aigreur et dénoncée chaque jour, du haut de la chaire académique, aux méfiances de l'administration et aux rancunes de l'opinion publique. Il n'y a dans ces attaques rétrospectives ni mesure, ni justice. Les droits légitimes de M. Ricord restent acquis à la science. Qui ne se souvient, à l'époque déjà lointaine où il parut à l'horizon de la syphilographie contemporaine, qui ne se souvient du chaos sans nom où le physiologisme, à l'apogée de sa puissance, avait plongé les esprits? C'est au milieu de ces épaisses ténèbres que son génie, profondément investigateur, fit jaillir la lumière; c'est son souffle vivifiant qui anima la plupart des vérités indécises ou même méconnues avant lui. Oublions donc quelques erreurs pour ne conserver que nos respects. Et pour tirer de cette récente discussion académique la moralité qu'elle comporte, unissons nos désirs aux dernières paroles de M. Ricord : « En terminant,

messieurs, je fais des vœux pour que les questions de personnes puissent être écartées des discussions qui doivent se débattre à cette tribune; pour que chacun de nous, libre et respecté dans ses opinions, n'ait à en répondre que devant la science, sans avoir à repousser aucune intimidation, aucun despotisme. Cherchons nos convictions dans nos efforts mutuels pour nous éclairer, dans la persuasion mutuelle, sans violence, et que désormais on puisse résumer nos débats sans avoir recours aux métaphores cynégétiques » (1). Et que désormais surtout — avec la liberté de la science — le respect des personnes ne soit plus un mythe à l'Académie.

VI

Encore un mot pour ne point passer sous silence les plus importants griefs à peu près unanimement reprochés au rapport de M. Depaul. Il a été accusé d'avoir voulu provoquer importunément l'intervention officielle et administrative, et, par suite, de découvrir plus directement la responsabilité médicale, de déconsidérer la vaccine et de fournir des armes plus redoutables à ses détracteurs.

Un assez grand nombre de membres de l'Académie, dans la crainte que le spectre de la syphilis vaccinale, — si imprudemment provoqué par la fantasmagorie de faits redoutables, mais tout au moins exceptionnels et contestés, — vint à répandre l'effroi dans le public, et, par là, diminuer singulièrement le prestige attaché à la vaccine, avaient vu s'engager avec répugnance une discussion, à leur sens fâcheuse et prématurée. Nous ne saurions avoir les mêmes scrupules et partager les mêmes craintes; et, sous ce rapport, nous embrassons étroitement la conviction de M. Depaul, « que la vaccine

(1. *Loc. cit.*, p. 389.

a beaucoup plus à gagner qu'à perdre en mettant au grand jour des faits que tous les médecins doivent connaître ». Ces faits, l'Académie n'a pas à les dissimuler, mais à les juger; son devoir n'est pas d'étouffer la vérité, mais d'en dégager l'erreur. C'est là sa suprême mission, qu'elle n'a pas assez souvent le courage d'accomplir, et qu'il faut bien lui rappeler de temps en temps.

Mais, autant il était nécessaire de porter un tel débat à la connaissance du public médical, autant il est imprudent d'en appeler, d'ores et déjà, à la sanction administrative. Une telle manifestation, ainsi que l'a fait remarquer M. Jules Guérin (1), adressée au ministre, envoyée aux préfets, des préfets aux maires, des maires aux médecins, ne pourrait manquer de porter l'alarme dans le public, sans restriction ni mesure, et aussi de susciter de singuliers embarras aux médecins.

M. Trousseau, il est vrai, ne s'inquiète nullement des suites que peut avoir, en pareil cas, l'intervention de l'autorité. Renchérissant sur ce beau zèle, M. Bouvier s'est efforcé de faire prévaloir l'importance qu'il attache en ces matières à ses décrets. C'est pourquoi il s'est cru obligé de présenter « à notre admiration une circulaire ministérielle émanée d'un gouvernement humanitaire et progressif » — dit M. Gibert — « que je n'ai pas besoin de nommer, » ajoute finement ce dernier académicien. Or, « que prétendait donc nous prescrire cette majestueuse circulaire (d'outre-monts)? Elle recommande, en premier lieu, à tous les vaccinateurs, de substituer la pointe d'une aiguille à la pointe de la lancette vaccinale. Qu'est cela, autre chose qu'une véritable puérilité? (2) »

Heureux encore si cette intervention officielle se bornait à des prescriptions puériles et dérisoires! Mais qui

(1) *Loc. cit.*, p. 297. — (2) *Loc. cit.*, p. 500.

peut dire quelle effrayante responsabilité n'encourrait pas le médecin toujours sous l'impression de l'alarme des familles et des méfiances de l'administration ! M. Briquet nous en a donné un avant-goût dans les lignes suivantes, et ses craintes n'ont malheureusement rien d'exagéré : « Croit-on que le médecin ne serait inquiété que dans les cas, heureusement rares, de communication de syphilis ? Loin de là : une fois le public instruit de la possibilité d'un pareil fait, le médecin sera exposé à être attaqué en réparation de dommages par des familles alarmées, malveillantes ou cupides (et il s'en trouverait beaucoup), toutes les fois qu'arriverait, après vaccination, un de ces nombreux incidents (non syphilitiques) signalés par MM. Depaul et Blot ; et alors la position du médecin ne serait plus tenable. S'exposer, pour une opération de la plus minime importance, sous le point de vue professionnel, aux chances d'un procès qui, même tournât-il à bien, lui causerait six mois d'inquiétudes, de tracasseries et de démarches désagréables, et qui, s'il tournait mal, l'exposerait à une peine afflictive (comme cela est déjà arrivé pour deux confrères, dont l'un a été condamné à six semaines et l'autre à dix-huit mois de prison) et à une indemnité dont le chiffre pourrait être illimité, puisqu'on prétend que, dans une seule vaccination, il y a eu une fois 46 et une autre fois 64 personnes infectées » (1).

Il y avait donc de très-bonnes raisons de prendre en considération la sage proposition de M. Jules Guérin, laquelle permettait, sans solliciter l'intervention administrative, de retirer de la discussion académique tout le résultat utile en éveillant l'attention des médecins sur un ordre de faits nouveaux et importants, et en suggérant les moyens de mieux voir, de mieux caracté-

(1) *Loc. cit.*, p. 403.

riser et de prévenir peut-être la syphilis vaccinale. « Mais un tel but, — a ajouté ce médecin judicieux et distingué, — on pouvait l'atteindre et on l'atteindra sans le concours du ministre, des préfets, de l'administration. Par le débat académique, les médecins seront mis au courant de ce qu'ils doivent savoir et l'avenir achèvera de donner la solution d'une question qui, pour le moment, ne doit pas sortir de l'enceinte académique » (1). *Hoc erat in votis.*

Aussi, l'Académie de médecine, dans la séance du 14 mars de cette année, adoptant cette proposition, a renvoyé le projet de rapport de M. Depaul, non au ministre, mais à la commission de vaccine, qui réserve sans doute au travail de son honorable directeur une paisible et longue retraite au fond de ses cartons. Mais il n'est pas homme à se résigner longtemps à cette honnête inhumation; et, quoi qu'il arrive, il n'aura pas moins mérité de la science en donnant l'éveil sur un sujet aussi grave. Et de son côté, l'Académie n'aura pas commis l'imprudence de s'associer à une démarche dont le corps médical n'eût pas tardé à porter le douloureux et déjà bien assez rude fardeau.

JULES DAVASSE.

RELATION DE L'ÉPIDÉMIE DU CHOLÉRA QUI SÉVIT A CHARROUX EN SEPTEMBRE 1855, POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU MODE DE PROPAGATION DE CETTE MALADIE.

(NOTE ADRESSÉE A L'ACADÉMIE DES SCIENCES.)

Les relations des épidémies qui sévissent sur des populations disséminées dans des hameaux et des villages ou sur des agglomérations très-restreintes, sont éminemment propres à faire connaître le mode de propa-

(1) *Loc. cit.*, p. 297.

gation des maladies. Quand le choléra ou la peste éclatent dans une grande ville, il est souvent difficile de fixer d'une manière positive le jour et l'heure de son apparition. Des cas isolées peuvent passer inaperçus, ou, au contraire, des cas douteux, controuvés, sont acceptés trop légèrement. Dans l'un et l'autre cas, l'époque véritable du début de l'épidémie reste inconnue ou tout au moins douteuse, et les données les plus nécessaires pour établir l'origine, la provenance de la maladie font complétement défaut.

Dans une petite localité, au contraire, il est extrêmement facile de constater le début d'une épidémie et d'en suivre les progrès. Là tout se sait, et l'état sanitaire antérieur de la localité et l'état sanitaire des communes voisines, en sorte que quand une épidémie est *importée*, il est toujours possible de dire: elle est née tel jour et elle a été apporté de tel village, par telle personne.

C'est la pensée que notre exemple sera imité par nos confrères de la campagne qui nous a porté à donner la relation de la marche de l'épidémie du choléra à Charroux, en 1855. Nous croyons que de toutes ces histoires particulières ressortirait une connaissance nette et positive du mode de propagation de cette cruelle maladie.

La petite ville de Charroux est située sur un ruisseau tributaire de la Charente et à 1 kilomètre de ce fleuve. C'est un chef-lieu de canton du département de la Vienne. Comme toutes les villes anciennement fortifiées elle est fort resserrée et les habitations, dont le plus grand nombre occupe le fond de la vallée, sont entassées les unes sur les autres, n'ayant toutes que des jardins fort exigus. Les deux collines qui longent le ruisseau sont couvertes de maisons réunies par groupes et présentant, sauf l'altitude, les mêmes inconvénients hygiéniques que celles de la basse ville. La population

de la ville, qui est habituellement de 1,200 âmes environ, fut réduite à 800 pendant la durée de l'épidémie par la fuite de la classe aisée.

La fièvre intermittente est endémique à Charroux, la dysentérie y est commune en automne, et de temps à autre on voit s'y développer des épidémies de fièvre typhoïde et d'angines couenneuses. Le rhumatisme articulaire aigu y est presque inconnu, la phthisie y est rare. Pendant sept années, je n'ai observé que deux cas de choléra sporadique : l'un à la fin de 1849, l'autre en 1854. Mais jamais ce pays n'avait été envahi par le choléra asiatique, bien que le département voisin, celui de la Charente, eût été décimé plusieurs fois par cette maladie.

Au moment où l'épidémie éclata, septembre 1855, l'état sanitaire de la ville était bon et ne présentait pas ces cas nombreux de cholérine qu'on voit si souvent précéder l'invasion du choléra. De sorte que, confiant dans notre immunité passée, nous voyions sans appréhension le choléra s'installer pour la deuxième ou troisième fois dans la ville de Ruffec, située à 5 lieues sud-ouest de Charroux, dans le département de la Charente.

Le 14 septembre 1855, la femme Coirac, âgée de 67 ans, habitant Ruffec où le choléra sévissait alors avec une grande violence, vint à Charroux ; elle tomba frappée du choléra quelques heures après son arrivée et mourut le même jour.

Le lendemain, 15 septembre, le choléra éclatait à Charroux et se manifestait par deux cas ; l'un, bénin, chez un homme dans la force de l'âge et de la santé ; l'autre, foudroyant, chez un goutteux, déjà âgé, ayant l'habitude d'une vie irrégulière et s'étant livré le jour même à des excès de table. Le premier habitait la ville haute, à près de 200 mètres de la maison où était morte

la cholérique de Ruffec; l'autre habitait la ville basse, à 100 mètres seulement de la maison infectée. Ni l'un ni l'autre de ces hommes n'avait visité la malade, seulement tous deux avaient passé plusieurs heures dans une maison voisine.

L'épidémie atteignit de suite une grande intensité, et quatre jours après la mort de la femme de Ruffec, il y avait 6 décès dans une seule journée; ce qui est énorme pour une population réduite à 800 habitants.

Ce jour-là aussi, le choléra éclatait au moulin de Rochemaux, situé sur la Charente, à 2 kilomètres ouest de Charroux; il y fut transporté par une vieille femme qui avait contracté la maladie à Charroux, en donnant des soins à son gendre. De là, il s'étendit à deux villages, éloignés de moins de 300 mètres, l'un situé sur la hauteur et l'autre sur le bord de la rivière, tandis que deux autres villages situés dans le même rayon étaient épargnés.

L'épidémie se prolongea pendant huit semaines, du 14 septembre au 12 novembre; elle atteignit son apogée pendant la cinquième et la sixième semaine, et diminua ensuite très-rapidement. Elle parcourut successivement la basse ville et la ville haute, épargnant seulement une partie du champ de foire, situé à l'extrémité est de la basse ville.

Il y eut 126 cas constatés, et sur ces 126 cas, 71 décès. Les cas de forme bénigne, désignés sous le nom de cholérine, furent nombreux; ils ne font point partie de cette statistique.

Pendant que le choléra sévissait ainsi à Charroux et à Ruffec, aucun des nombreux villages intermédiaires à ces deux villes ne fut atteint par l'épidémie. De sorte qu'il fut bien constaté que la maladie ne s'était point propagée de proche en proche; mais qu'elle avait été

importée directement par le malade venu de Ruffec. Du reste elle suivit pour sa diffusion, dans le canton de Charroux, le même mode de propagation qu'elle avait pris pour venir de Ruffec, et sur les quinze ou vingt villages qui composent la commune de Charroux, ceux-là seulement furent atteints, dont les habitants vinrent puiser la maladie au chef-lieu lui-même, ou dans les villages déjà infectés.

De ces vingt villages, situés dans un rayon de 2 kilomètres, six seulement furent atteints par l'épidémie. Il y en avait à l'ouest, au nord, à l'est et au sud. Trois d'entre eux étaient situés à l'extrémité de la commune, tandis que des villages qui touchent à la ville et en forment comme les faubourgs étaient complétement épargnés.

En résumé, une femme arrivant d'un pays où régnait le choléra et atteinte elle-même de cette maladie, vient mourrir à Charroux, et aussitôt le choléra éclate dans cette ville ; la maladie se propage dans les villages voisins, non pas en raison de leur proximité ou d'une certaine situation géographique, mais bien par leur rapport avec les malades de la ville.

Moins de vingt-quatre heures séparent la mort de la première malade du début de l'épidémie, et les premières personnes atteintes n'ont ni touché la malade, ni même pénétré dans sa maison.

A ne considérer que cette seule épidémie, on pourrait conclure :

1° Qu'en France il n'y a point de choléra sans un cholérique qui importe la maladie ;

2° Que la propagation du choléra s'opère à distance et sans qu'il soit besoin du contact ou de la cohabitation avec un cholérique ;

3° Que l'atmosphère contagieuse du choléra ne s'étend

pas bien loin, puis qu'à Charroux, des villages situés à 200 mètres du foyer n'ont pas été atteints quand la maladie n'y a point été portée directement par des malades ;

4° Que l'influence des vents a été nulle, puisque la maladie s'est propagée dans des directions différentes et même opposées ;

5° Que l'action de la contagion est extrêmement rapide, et que la période d'incubation du choléra est très-courte, puisque moins de vingt-quatre heures ont suffi à l'atmosphère contagieuse pour développer la maladie ;

6° Que le choléra abandonne un village ou le quartier d'une ville quand tous les individus prédisposés ont été atteints par le fléau.

A cette note nous croyons devoir ajouter les considérations suivantes :

Quand on a démontré l'importation du choléra par la contagion, on n'a encore résolu qu'une partie de la question étiologique. Il reste à expliquer comment certaines personnes et certains pays sont préservés de la contagion et restent indemnes de la maladie.

La doctrine étiologique des *prédispositions définies* peut, seule, donner raison de l'immunité dont jouissent un grand nombre de personnes vis-à-vis du choléra. On sait que toutes les *causes externes* des maladies, y compris les produits morbides inoculables, n'agissent qu'à la condition de rencontrer chez l'individu une disposition à la maladie. Ainsi la rage, la morve, le vaccin, la petite vérole, rencontrent des organismes complétement rebelles à leur action. De même la contagion cholérique n'a d'action qu'en raison de la prédisposition à cette maladie, ce qui nous explique comment des personnes peuvent vivre impunément au milieu des cholériques et de

leurs déjections, tandis que d'autres contractent la maladie à distance.

La question de l'immunité des lieux est beaucoup plus difficicile à expliquer. Il faudrait dégager d'abord l'immunité réelle et absolue de l'immunité relative. Ainsi, certaines contrées, certaines villes ont été épargnées dans une première épidémie et frappée dans une deuxième ou dans une troisième. La ville de Charroux, dont il est question dans cette note, est précisément dans ce cas, puisque complétement indemne en 1832 et en 1849, elle a été atteinte par l'épidémie 1853-1855.

Il resterait ensuite à déterminer à quelles conditions géologiques ou autres les départements et les villes complétement épargnés doivent cette immunité. Nous savons déjà que ces pays se trouvent dans des conditions en apparence peu uniforme, les uns très-élevés, les autres, sur de grands cours d'eau (comme Lyon); d'autres enfin, confinant aux lieux infectés, comme un faubourg de Vienne (Autriche), qui fut complétement épargné, tandis que le choléra ravageait la ville à plusieurs reprises.

L'altitude ne peut expliquer cette immunité, puisque les hauts plateaux de l'Asie, situés à 8,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, ont été ravagés par le fléau. Les villes entourées de forêts, celles exposées aux vents les plus violents, sont atteintes par le choléra comme celles qui sont dans des conditions différentes. La maladie sévit également sur les grandes agglomérations et sur les petites, et il ne reste plus que les différences du sous-sol, pour expliquer la curieuse immunité dont nous cherchons la raison.

Les départements du centre de la France qui ont été épargnés jusqu'à ce jour, et un faubourg de Vienne, dont nous parlions il y a un instant, ont un sous-sol

granitique. Il en est de même du centre de la Bretagne et de la Suisse, dont plusieurs contrées n'ont jamais été atteintes par le choléra. Il est donc très-probable que c'est à cette condition qu'il faut attribuer l'immunité de certains pays.

Mais nous ne pouvons terminer cette note sur l'étiologie du choléra, sans protester contre les prétendus mystères qui entourent les causes de cette maladie.

Il y a des *inconnues* dans les *causes externes* qui favorisent son développement sur les rives du Gange, mais pas de *mystères*.

Il est possible de déterminer les conditions géologiques qui occasionnent le choléra, et de les changer, comme il a été possible de déterminer les conditions qui font naître la fièvre intermittente et souvent de la faire disparaître par le dessèchement des marais et le drainage. Mais, si on veut arriver à une solution pratique dans la recherche si importante de l'origine du choléra, il faut se rappeler que la *cause prochaine* de la maladie n'est autre que la *prédisposition définie* de l'organisme humain à développer en lui-même cette maladie, et que toutes les *causes externes*, marécages indiens, contagion, encombrement, etc., ne sont que des conditions du développement et non des causes réelles. Il faut surtout renoncer à la recherche des miasmes et des poisons mystérieux qui causeraient le choléra, parce que ces miasmes et ces poisons ne sont que des êtres hypothétiques, sans existence réelle. Les chimistes qui s'occupent sérieusement à condenser et à analyser des miasmes imaginaires, comme ils ont condensé et analysé les éléments des matières grasses, par exemple, présentent un des spectacles le plus burlesques qu'il soit donné de contempler. On ne saurait trop leur répéter : *Sutor ne ultra crepidam*. P. Jousset.

PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE

LES PARALYSIES PHOSPHORIQUES.

M. le Dr Gallavardin a publié récemment, dans la *Gazette médicale de Paris*, un travail vraiment intéressant concernant l'action du phosphore sur l'appareil sensible moteur. C'est un recueil des faits épars dans la science et dont le nombre est plus considérable qu'on ne l'aurait pu croire. Beaucoup sont très-abrégés, et plusieurs assez étendus doivent être lus, si l'on veut se bien rendre compte des indications du phosphore. C'est par des travaux semblables que la matière médicale peut sérieusement s'enrichir, et nous remercions l'auteur, non-seulement de son profitable labeur, mais aussi d'avoir eu la bonne pensée de ne pas le laisser enfoui dans une feuille hebdomadaire, et de l'avoir fait tirer à part (1).

Il nous est impossible, on le comprend, de reproduire ce travail qui vient d'être publié dans une autre feuille. Mais nous en donnerons les *conclusions*, qui n'ont pas été insérées comme trop entachées d'homoœpathie; elles contiennent un résumé des faits et peuvent aider l'esprit à préciser les principales indications qui en résultent. Nous avons marqué le nombre d'observations pour chaque symptôme, afin de montrer approximativement la valeur de chacun d'eux; ou mieux pour fixer ceux qui ont jusqu'ici paru rares ou fréquents, d'après une collection qui ne peut d'ailleurs être une statistisque précise. F. F.

(1) *Les Paralysies phosphoriques*, par le Dr Gallavardin (de Lyon). Chez J.-B. Baillière et fils ; Paris, 1865. In-8 de 6 feuilles.

CONCLUSION ET CONSIDÉRATIONS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Si je rappelle les observations de paralysies simples et si je décompose les observations de paralysies complexes citées dans les cinq chapitres précédents, je puis dire, en résumé, d'une part, que le phosphore a guéri les affections suivantes :

Hémiplégie, 9 cas. — Paralysie d'un bras, 1. — Paralysie d'une jambe, 2. — Paraplégie, 9. — Paralysie des deux bras, 1. — Paralysie des deux mains, 2. — Paralysie des quatre membres, 4. — Spasme cynique, 1. — Paralysie de la mâchoire inférieure (du masséter), 1. — Paralysies de la langue, 11. — Strabisme, 2. — Paralysie de la 3e paire des nerfs crâniens, 1. — Paralysie de la 6e paire des nerfs crâniens, 1. — Hoquet avec spasmes, 4. — Spasme ou paralysie du sphincter de l'anus, 9. — Spasme ou paralysie du sphincter de la vessie, 6. — Convulsions épileptiformes, 1. — Tremblement des membres, 3. — Soubresauts des tendons, 3. — Faiblesse générale, 6. — Ramollissement (?) du cerveau, 1.

Anaphrodisie, 4 cas. — Impuissance génésique, 4. — Spermatorrhée, 2. — Pollutions anormales, 2.

Anesthésie d'un côté du corps, 4 cas. — Anesthésie des pieds, 1. — Anesthésie des membres inférieurs, 1. — Anesthésie des quatre membres, 3. — Anesthésie des extrémités, 1. — Anesthésie générale, 2.

Anesthésie du côté gauche de la face ; anesthésie des membres supérieurs et inférieurs, 1 cas.

Amaurose, 9 cas. — Cécité congestive intermittente de l'œil gauche, 1. — Hallucinations visuelles, 1. — Photophobie, 1.

Amblyopie de l'œil gauche, 1 cas.

Surdité, 5 cas. — Bourdonnements d'oreille, 1. — Aberrations de l'ouïe, 1.

D'autre part, le phosphore, administré à l'homme ou aux animaux en état de santé, a produit les affections ou les lésions cérébro-spinales dont l'énumération suit :

Symptômes hémiplégiques, 4 cas. — Paraplégies, 4. — Symptômes paraplégiques, 4. — Paralysie du bras gauche, 1. — Paralysie des deux mains, 1. — Paralysie des membres antérieurs, 2. — Contraction du pouce et de l'index, 1. — Paralysie des quatre membres, 3. — Opisthotonos, 2. — Trismus, contracture du masséter, 2. — Convulsions des muscles de la face, 1. — Paralysies de la langue, 3. — Convulsions des paupières et des muscles de l'œil, 1. — Symptômes de paralysie de la

3ᵉ paire, 2. — Spasme ou paralysie du sphincter de l'anus, 5. — Spasme ou paralysie du sphincter de la vessie, 8. — Paralysie générale progressive, 3. — Paralysies partielles, 1. — Paralysie de la motilité, 2. — Convulsions cloniques ou toniques, 20. — Accroissement de l'irritabilité musculaire, 1. — Accroissement des forces musculaires, 2. — Accroissement, puis affaiblissement des forces musculaires, 2. — Affaiblissement musculaire, 17. — Symptômes paralytiques, 2. — Tremblement du corps et des membres, 8. — Abolition du sens musculaire, 1. — Mouvements convulsifs du diaphragme, 1. — Mouvements convulsifs et paralysie momentanée du cœur, 1. — Dégénérescence graisseuse du cœur, 4. — Dégénérescence graisseuse des muscles, 4. — Dégénérescence graisseuse de la substance grise du cerveau, 2. — Ramollissement du cervelet, 1. — Consistance molle du cerveau, 8. — Consistance molle de la moelle épinière, 6.

Surexcitation génésique, 5 cas. — Surexcitation, puis impuissances génésiques, 4. — Diminution des désirs génésiques, 1. — Érections, 1. — Pollutions, 2.

Insensibilité du voile du palais, 1 cas. — Insensibilité des membres inférieurs, 1. — Abolition du sens musculaire aux membres inférieurs, 1. — Insensibilité de la peau des membres, 1. — Anesthésie de la peau, 1. — Paralysie de la sensibilité, 1. — Diminution progressive de la sensibilité, 2. — Hyperesthésie des masses musculaires de la cuisse, 1. — Hyperesthésie de la peau, 2. — Exaltation de la sensibilité, 1.

Cécité, 4 cas. — Hallucinations visuelles, 3. — Photophobie, 2. — Consistance molle de la moelle épinière, 1.

Surdité, 3 cas. — Tintements d'oreille, 1. — Bourdonnements d'oreille, 1. — Aberrations de l'ouïe, 1.

Toutes ces observations que je viens de résumer démontrent :

1° L'action *élective* du phosphore sur les muscles de la vie de relation, sur quelques muscles de la vie organique (diaphragme, cœur, muscles de l'appareil génésique) et sur les nerfs de la sensibilité sensorielle (tact, vue, ouïe);

2° La vérité de la loi homœopathique, au moins sur le terrain du phosphore.

Je préfère me servir de ces mots *loi ou méthode homœopathique*, plutôt que des expressions *méthode substitutive*, *loi des semblables*, etc. Je vais expliquer pourquoi.

Loi de similitude, loi des semblables, *similia similibus curantur*. — Toutes ces formules portent à croire que les remèdes produisent des ma-

ladies artificielles semblables aux maladies naturelles, ce qui est une erreur, car il y a une notable différence entre les unes et les autres. En effet, depuis Hippocrate, on a dit que la maladie est un mal qui a une durée déterminée, et il est admis que ce qui caractérise la maladie, c'est l'évolution de symptômes et de lésions sous des types bien tranchés. Or, les médicaments ne produisent pas des maladies à évolution déterminée, ils produisent seulement des symptômes, des lésions, ou bien des lésions et symptômes groupés de manière à constituer certaines affections (*locum affectum*). Et, qui plus est, ces lésions et symptômes ne sont pas semblables, mais seulement analogues aux symptômes et lésions que l'on rencontre dans le cours des maladies naturelles. Hahnemann avait très-bien fait ces distinctions : aussi observe-t-il qu'il a nommé sa méthode thérapeutique, homœopathie (ομοιος, analogie; παθος, souffrance), et non pas, homœopathie (ομοος, semblable; παθος, souffrance). On peut donc en conclure que les expressions — loi d'analogie, loi des analogues — traduiraient plus exactement sa pensée dans notre langue que les deux formules — lois des semblables, loi de similitude.

Après avoir constaté les heureux effets des remèdes administrés suivant la méthode homœopathique, Hahnemann essaye d'expliquer ces effets (Voy. *Organon*, §§ 28 et 29), quoiqu'il attache, dit-il, peu de prix aux explications qu'on peut en donner. Néanmoins, dans ce but il risque une « hypothèse, » celle qui lui paraît être « la plus vraisemblable. » Le remède, pense-t-il, produit une maladie médicamenteuse artificielle qui se « *substitue* à la maladie naturelle, et celle-ci disparaît de la sorte, ne laissant après elle qu'une légère maladie artificielle dont la nature médicatrice fait prompte et facile justice. D'après son opinion, c'est ainsi qu'on pourrait expliquer les cures obtenues par la méthode homœopathique.

M. le professeur Trousseau s'est emparé de cette « hypothèse » à laquelle Hahnemann tenait si peu et a fondé sur elle la *méthode substitutive*, aujourd'hui acceptée dans tous les traités de thérapeutique ; et, grâce à cette dénomination nouvelle, qui n'effarouche pas les gens prévenus, la plupart des médecins acceptent généralement comme agents de la médication substitutive, les médicaments préconisés par l'école homœopathique.

Malgré cet avantage momentané, il faut, je crois, préférer à la formule — méthode substitutive — qui exprime une explication hypothétique d'un fait, il faut préférer cette autre formule — méthode homœopathique — qui, sans hasarder aucune explication téméraire, se borne à

constater le rapport d'analogie existant entre les phénomènes morbides et les phénomènes médicamenteux.

Récemment, dans un article sur la *médication substitutive*, publié dans les *Archives générales de médecine* (numéro de décembre 1863, p. 674), M. le D[r] Luton (de Reims) prétend que MM. Trousseau et Pidoux « ont les premiers prononcé le nom de substitution. » Sans doute, M. Luton n'aurait point avancé une pareille assertion s'il avait lu l'*Organon* de Hahnemann. Il y aurait trouvé, aux §§ 28 et 29, la théorie et le mot de substitution, qui, d'après leur premier auteur lui-même, n'exprimait qu'une « hypothèse. » Mais M. Trousseau s'est contenté de cette hypothèse et a vécu à ses dépens. C'est ainsi que les hommes de talent vivent des miettes qui tombent de la table des hommes de génie.

Mais revenons au phosphore, à propos duquel j'ai montré la vérité de la loi homœopathique à l'aide de nombreuses observations empruntées à ses adversaires encore plus qu'à ses partisans. Ce faisant, je n'ai pas dû étonner certains lecteurs, car déjà, maintes fois, dans la *Gazette médicale de Paris*, le professeur Imbert-Gourbeyre leur a fait pareille démonstration, par exemple sur le terrain de l'aconit et de l'arsenic.

Comme beaucoup de médicaments guérissent les paralysies aussi bien que le phosphore, il s'agit maintenant de déterminer dans quels cas celui-ci sera efficace, ou mieux contre les paralysies symptomatiques de quelles maladies, car, en bonne thérapeutique, il faut avant tout traiter la maladie, c'est-à-dire l'arbre dont les lésions et symptômes ne sont que les branches et les feuilles. Pour mieux expliquer ma pensée sur ce point, je n'ai qu'à rappeler brièvement quelques principes de pathologie générale émis par un grand nosologiste de notre époque. On verra qu'au rebours de presque toutes les autres, c'est de la pathologie générale claire et surtout très-pratique.

La *maladie* est un état contre nature de l'homme.

Le *symptôme* est un état contre nature de la fonction.

La *lésion* est un état contre nature des parties.

Une lésion accompagnée de symptômes constitue l'*affection* (*locum affectum*).

De la sorte, l'homme tout entier est le support de la maladie,

La fonction le support du symptôme,

Et la partie ou tissu organique le support de la lésion.

Les symptômes et les lésions sont aussi distincts de la maladie que les fonctions et les parties sont distinctes de l'homme.

De même que les branches et les feuilles ont, sur chaque arbre, un

cachet particulier, de telle sorte qu'en voyant la branche ou la feuille, on reconnaît l'arbre qui les a produits, de même les lésions et les symptômes ont dans chaque maladie un cachet particulier, de telle sorte qu'en voyant seulement la lésion ou le symptôme, on reconnaît la maladie à laquelle ils appartiennent. Je n'ai pas besoin sans doute de démontrer l'importance pratique de ces distinctions, car, chacun le sait, les progrès de la séméiotique entraînent presque toujours des progrès analogues dans la thérapeutique.

Si quelqu'un venait me contester la vérité de ces idées doctrinales, je n'aurais, pour l'en convaincre, qu'à en faire une application immédiate, par exemple, à la syphilis, dont les lésions et les symptômes ont habituellement un cachet distinctif pour tout le monde; à la syphilis qui a causé beaucoup de maux à l'humanité, mais a du moins rendu un service manifeste à la science en conservant la notion de la *maladie* parmi les médecins en proie à l'anarchie organicienne. En effet, les praticiens les plus dépourvus d'idées générales, de doctrine médicale — et ils sont nombreux en ce temps-ci — ces praticiens, en présence d'un diagnostic douteux, recherchent aussitôt si les symptômes et lésions du malade en question ne dépendraient pas de la *maladie* syphilitique et, pour s'éclairer sur ce point, ils instituent un traitement antisyphilitique qui, en pareil cas, a bien souvent le double avantage de faire connaître l'espèce morbide et de guérir le malade. C'est ainsi que, du même coup, ils diagnostiquent et guérissent des affections des yeux, des os, de l'utérus, des névroses, etc. Ce qu'ils font si judicieusement pour la syphilis, ils doivent le faire également pour la maladie hémorrhoïdaire, la goutte, le rhumatisme, la maladie herpétique, la scrofule, etc., sinon, dans ces cas-là, ils seront réduits à faire la médecine des symptômes, cette médecine des ignorants qui, trop souvent, hélas ! est enseignée dans nos journaux les plus répandus et même dans nos livres classiques.

De ces réflexions on peut conclure par analogie que, étant donné à traiter, par exemple, des affections de l'utérus, il faut, avant d'étudier les variétés anatomiques des lésions, rechercher si elles sont la manifestation de la scrofule, de la chlorose, de la syphilis, de la maladie herpétique, de la maladie hémorrhoïdaire, etc.

De même, pour les affections du cœur, tout en précisant les variétés des lésions et leur siége, il faut s'enquérir si ces affections sont symptomatiques de l'une ou de l'autre des maladies suivantes qui les produisent le plus souvent, et que nous énumérons d'après l'ordre de fré-

quence observé jusqu'ici dans notre pratique, la maladie hémorrhoïdaire, la goutte, le rhumatisme, la maladie herpétique, etc.

On le présume bien, dans les diverses affections de l'utérus, comme dans les affections du cœur, le traitement, en présence de lésions et symptômes presque semblables, sera fort différent, parce qu'il sera toujours dirigé contre la *maladie*, cause première de ces lésions et symptômes. S'il n'en était pas ainsi, c'est qu'il y aurait des lacunes fort graves dans les connaissances nosologiques du praticien ou dans les ressources de sa thérapeutique.

Toutes ces considérations générales nous amènent à dire que, pour préciser les indications antiparalytiques du phosphore, il faut, en même temps que l'on étudie les variétés et le siége des paralysies, rechercher les *maladies* dont ces paralysies sont symptomatiques : ce dernier point est assurément le plus important. Or les nombreuses observations plus haut citées nous démontrent que le phosphore est efficace contre les *paralysies musculaires*.

PARALYSIES MUSCULAIRES.

Consécutives à la fièvre typhoïde, 3 cas. — Symptomatiques de la fièvre typhoïde, 7. — *Id.* de la congestion ou hémorrhagie cérébrale, 5. — *Id.* de la pneumonie, 2. — *Id.* du rhumatisme aigu, 1. — *Id.* de l'érysipèle, 1. — *Id.* de la goutte, 1. — *Id.* de la myélite, 3. — *Id.* de l'ataxie locomotrice (?), 1. — *Id.* de l'hémorrhagie intestinale, 1. — *Id.* de l'éclampsie (?), 2. — *Id.* de la chlorose, 2. — *Id.* de la syphilis, 3. — *Id.* de la spermatorrhée, 1. — *Id.* de l'intoxication saturnine, 1. — *Id.* de l'intoxication par le sulfure de carbone, 1. — Paralysies essentielles ou symptomatiques d'une maladie non déterminée, 8. — *Id.* consécutives à l'aménorrhée, 2. — *Id.* aux excès génésiques, 1. — *Id.* au refroidissement, 1.

PARALYSIE DES MUSCLES DE L'APPAREIL GÉNÉSIQUE.

Symptomatiques de la syphilis, 1 cas. — *Id.* de la spermatorrhée, 2. — *Id.* de l'intoxication par le sulfure de carbone, 5. — *Id.* consécutives aux excès génésiques, 3.

ANESTHÉSIES.

Symptomatiques de la fièvre typhoïde, 3 cas. — *Id.* de l'intoxication par le sulfure de carbone, 2. — *Id.* coexistant avec des paralysies musculaires, 7.

Anesthésie du côté gauche de la face et des membres supérieurs et inférieurs, consécutive à une angine couenneuse, 1.

PARALYSIES DU NERF OPTIQUE.

Symptomatiques d'une ophthalmie, 2 cas. — *Id.* d'une congestion ou hémorrhagie cérébrale, 2. — *Id.* de la goutte, 1. — *Id.* de la rougeole, 1. — *Id.* consécutives à la myopie, 1. — *Id.* à l'aménorrhée, 1. — *Id.* essentielles ou symptomatiques d'une maladie non déterminée, 3.

Amblyopie de l'œil gauche consécutive à une angine couenneuse, 1.

PARALYSIE DU NERF AUDITIF.

Consécutive à la fièvre typhoïde, 1 cas. — Symptomatique de la fièvre typhoïde, 1. — Essentielles ou symptomatiques d'une maladie non déterminée, 3.

Autant que me l'a permis l'expérimentation clinique, j'ai précisé les variétés, le siége et l'étiologie nosologique des paralysies qu'a guéries le phosphore. Par là même j'indiquerai celles qu'il guérira sans doute, s'il est employé dans des cas analogues.

Mais puisque ce remède agit si efficacement en étant appliqué d'après la loi homœopathique, ce qui a été démontré, il me paraît, à ce titre, encore indiqué chez les malades présentant les symptômes et lésions que nous lui avons vu produire sur l'homme et les animaux en état de santé ; symptômes et lésions dont je me borne à rappeler les suivants :

Deux variétés de tétanos, le trismus et l'opisthotonos ;

La consistance molle, le ramollissement et la stéatose du cerveau ;

La consistance molle et le ramollissement de la moelle épinière ;

La stéatose et l'atrophie musculaire ;

La paralysie générale progressive.

Le phosphore qui, chez l'homme ou les animaux à l'état sain, produit des hémorrhagies par toutes les voies, le trismus et l'opisthotonos, me paraît indiqué, chez les malades, contre ces deux variétés du tétanos survenant après d'abondantes hémorrhagies.

La congestion du cerveau peut être symptomatique de maladies fort différentes : la syphilis, la maladie hémorrhoïdaire, la goutte, etc. Il en est de même du ramollissement du cerveau qui est consécutif à la congestion, à l'encéphalite ou à l'apoplexie cérébrale. La congestion et le ramollissement du cerveau exigent donc un traitement varié et en rapport avec leur étiologie nosologique. Or, l'expérience clinique qui nous démontre l'efficacité du phosphore contre certaines affections goutteuses et syphilitiques (les paralysies), nous porte à espérer un résultat semblable dans la congestion et le ramollissement du cerveau des goutteux et des syphilitiques. L'expérimentation physiologique, qui nous montre le phosphore produisant des affections analogues à celles des hémorrhoï-

daires (fluxions sur les divers points de l'organisme, hémorrhagies par toutes les voies), nous fait également croire à son efficacité dans la congestion et le ramollissement du cerveau chez les hémorrhoïdaires. Si j'engage aussi vivement à traiter le ramollissement du cerveau, c'est parce que trop souvent on considère comme tel une simple congestion cérébrale plus ou moins prolongée, congestion curable par le remède que j'indique.

L'expérience clinique confirme l'expérimentation physiologique qui nous engage à employer le phosphore contre la myélite, particulièrement chez les hémorrhoïdaires, les goutteux, les syphilitiques.

Le phosphore qui, dans l'organisme à l'état sain, produit l'atrophie ou la dégénérescence graisseuse du cerveau, des muscles du cœur, le phosphore ne serait-il pas indiqué dans certains cas d'ataxie locomotrice, laquelle a, dit-on, pour lésion l'atrophie des racines postérieures des nerfs rachidiens et des cordons postérieurs de la moelle épinière ou la congestion de ces parties des centres nerveux ?

N'est-ce pas une ataxie locomotrice qu'il a guérie chez cet enfant, cité au chapitre I, § I, obs. 26?

On sait que la paralysie générale progressive s'accompagne fréquemment de l'atrophie musculaire. Or le phosphore, qui produit ces deux affections, ne serait-il pas efficace contre l'une et l'autre ?

Dans ces diverses affections du cerveau et de la moelle épinière, comme dans les paralysies en général, le phosphore me semble particulièrement indiqué quand ces affections ont pour causes occasionnelles des excès génésiques. La clinique et l'expérimentation physiologique s'accordent pour motiver cette indication.

Je suis disposé à croire que le phosphore exerce une action élective, non seulement sur les nerfs moteurs et sensitifs, mais encore sur les nerfs de la vie végétative; quand je le vois amener une sorte de diathèse hémorrhagique, l'arrêt de la respiration et de la calorification ; produire la stéatose du cerveau, des muscles, du cœur, du foie, des reins, de la rate, c'est-à-dire suspendre, paralyser la respiration, la calorification et la nutrition intime des tissus auxquels préside le grand sympathique. Cela confirmerait tout à la fois et la loi homœopathique et l'expérience traditionnelle, en nous expliquant pourquoi cette dernière nous enseigne l'efficacité du phosphore pour relever les forces abattues, ranimer la vitalité prête à s'éteindre, combattre l'épuisement dans les formes grave et maligne des maladies aiguës, dans les convalescences et fièvres hectiques affaiblissantes par leur durée, et, pour le dire en un mot, chez les malades, les enfants et les vieillards, dont les fonc-

tions végétatives et animales sont plus ou moins entravées, paralysées.

La forme maligne de quelques maladies aiguës (fièvre typhoïde, scarlatine, variole, rougeole) peut présenter quatre variétés fort différentes :

1° La variété ataxique avec désordre, incohérence de phénomènes morbides; 2° la variété avec paralysie des fonctions végétatives; 3° la variété avec paralysie des sphincters vésical et anal et d'autres muscles volontaires; 4° la variété hémorrhagique. Or la loi de similitude me paraît indiquée contre ces trois premières variétés de la forme maligne, et le phosphore contre les trois dernières.

Puisque je parle de maladies aiguës, qu'on veuille bien me permettre, en passant, de signaler, après M. le Dr Charles Ravel (de Cavaillon), l'indication manifeste du phosphore contre l'ictère grave, et en même temps que M. le Dr Ch. Ozanam, l'indication non moins manifeste du même remède contre la fièvre jaune. Ces deux maladies ont une telle similitude avec l'empoisonnement aigu par le phosphore que dans bien des cas le diagnostic reste douteux. C'est donc une raison d'employer ce médicament contre ces maladies si souvent mortelles. Pour un motif analogue, on devrait administrer cette substance, qui produit si facilement la stéatose du foie, chez les malades atteints de cette affection hépatique vulgairement appelée foie gras.

Le phosphore, découvert en 1669 par Brandt, employé et préconisé comme remède successivement par Kunkel (1721), Sachs (1731), Kramer (1733), Mentz (1751), Morgenstern (1753), A. E. de Buechner (1755), Barchewitz (1760), Thomas (1762), Boennekenius, P. E. Hartmann (1763), etc., etc.; le phosphore fut dès lors, pendant plus d'un siècle, administré contre les maladies les plus diverses avec des succès dont j'ai rappelé quelques-uns seulement. Mais, durant cette longue époque, il fut souvent, hélas! prescrit à trop fortes doses et, dans ces cas, au lieu de guérir les malades, il les empoisonnait rapidement. Ces tristes résultats, dont on n'osa publier qu'un petit nombre, le firent rejeter de la pratique courante et, par suite, de nos matières médicales.

Mais à ce compte on devrait rejeter également la belladone, le mercure, l'opium, l'arsenic, etc., que certains praticiens se font honneur — aux yeux de leurs clients — de ne jamais employer. A ces praticiens, le professeur Imbert-Gourbeyre souhaite, avec raison, « *un peu moins de conscience et beaucoup plus de science.* » Alors les poisons les plus violents deviendront entre leurs mains des remèdes salutaires, justifiant ainsi l'antique adage *ubi virus, ibi virtus.* Du reste, les Grecs, nos pre-

miers maîtres, l'entendaient bien ainsi, puisque dans leur langue pourtant si riche, poison et remède étaient désignés par le même mot, φάρμακον, d'où est venu notre expression de *pharmacie*.

Veut-on, par exemple, utiliser les propriétés d'une substance aussi énergique que le phosphore et poutant en éviter les inconvénients, il faut l'administrer à petites doses et à doses d'autant plus minimes que ce remède est plus toxique que l'arsenic. Or le savant médecin de Clermont, tout à l'heure cité, a démontré dans la *Gazette médicale de Paris* (1), que l'arsenic donné à doses infinitésimales produit chez l'homme sain des phénomènes *objectifs*.

D'aillerus, en se rappelant l'observation de cet aliéné expirant sous les yeux de Loebenstein-Loebel, après avoir pris seulement 1/8[e] de grain (6 à 7 milligrammes) de phosphore, on sera disposé à prescrire au début cette substance à dose infinitésimale, quitte, plus tard et après quelques jours de repos, à en augmenter la dose.

Le phosphore, comme la digitale et la noix vomique, laisse parfois suspendre et en même temps accumuler son action qui, à un moment donné, éclate subitement. Il nous en offre des exemples caractéristiques dans les observations 8, 24, 28, 29, 30, 33 et 34.

Ces faits nous invitent à donner le phosphore pendant quelques jours, puis à le suspendre pendant quelques autres jours, pour qu'il ait le temps de développer toute son action. Mais afin que celle-ci ne soit pas aussi funeste que dans les observations précédentes, on le prescrira à petite dose.

Quand on voudra atténuer les effets du phosphore, il faudra complétement en atténuer la dose. Pour atteindre ce but, il ne suffit pas de le mélanger à des correctifs. En effet, ou le correctif réagit chimiquement sur le phosphore, le transforme en un corps nouveau, et dès lors ce n'est plus du phosphore qu'on administre; ou bien le correctif altère, masque, neutralise les effets de ce remède. Alors autant vaut ne point donner du tout du phosphore; car on ne peut pas dire au correctif : Tu empêcheras le phosphore de produire ceci et tu lui laisseras produire cela. Qui donc connaît la science des antidotes pour aboutir à de tels résultats ?

Les médecins qui prescrivent des remèdes encadrés dans une formule complète d'après les règles classiques, ces médecins, s'ils n'écrivent de mémoire ladite formule, doivent, la plume en main, faire à peu près le raisonnement suivant :

Toi, *base*, je te confie le rôle principal pour guérir la maladie. Comme

(1) *Études sur quelques symptômes de l'arsenic et les eaux minérales arsénifères.* 1862. In-8 de 101 p.

tu pourrais ne pas y suffire, je te donne pour auxilaires un ou plusieurs *adjuvants*. Dans le cas où, base et adjuvants, vous vous écarteriez du rôle que je vous ai tracé, je vous adjoints un ou plusieurs *correctifs* pour vous remettre dans le bon chemin. Mais afin que vous arriviez tous à bon port dans les rues et impasses du corps humain, je vous délaye dans un *excipient*, qui sera, au goût du malade, une potion acide, alcaline ou sucrée. Pour surcroît de précautions, je charge un ou plusieurs médicaments *dirigeants* de vous préparer les voies et de diriger votre action sur telles parties, tels organes auxquels je vous adresse. »

Voulez-vous voir expliquer, presque justifier ce mélange hétéroclite — car il est une médecine sans principes qui croit que l'art autorise tout ce que la pharmacie permet — écoutez M. Forget :

« En associant une foule de substances, dit le professeur de Strasbourg, le praticien espère qu'une d'entre elles au moins atteindra le but. C'est ce que j'appelle familièrement une *décharge à mitraille*, dont quelques éclats pourront — par hasard — frapper l'ennemi » (1). Et s'ils frappent le malade ?...

Ils frapperaient certainement le malade, en effet, si, par exemple, un médicament aussi énergique que le phosphore ne voyait pas ses trop fortes doses sûrement neutralisées par ses prétendus correctifs qui trop souvent ne corrigent rien, pas même les polypharmaques de leur ignorance en matière médicale. Ennemis de la simplicité, qui est ici clarté et précision, ces médecins reproduisent dans leurs ordonnances la confusion et le pêle-mêle qui existent dans leur esprit.

C'est une réflexion que j'ai trop souvent l'occasion de faire en voyant certains praticiens prescrire journellement pour frictions le *baume de Fioraventi* qui contient seulement *dix-huit* substances ou le *baume tranquille* qui n'en renferme que *dix-neuf !*... Je pourrais citer bien d'autres recettes aussi burlesques qui font la fortune des pharmaciens et la honte de la science.

Et dire que, chez les peuples civilisés, le Codex national a été destiné jusqu'ici à être le recueil officiel de toutes ces formules pharmaceutiques que le professeur Forget, en homme compétent, vient de qualifier si familièrement de « *décharges à mitraille !...* »

Voulez-vous voir la matière médicale se constituer comme une science sérieuse, alors n'administrez chez vos malades qu'un seul remède à la fois, remède dont vous connaîtrez préalablement toutes les actions électives, c'est-à-dire les propriétés physiologiques et thérapeutiques. Puis,

(1) *Principes de thérapeutique générale et spéciale*. 1860. 1 vol. in-8, p. 279.

ce médicament ingéré, laissez-le agir un temps plus ou moins long, en rapport avec la marche aiguë ou chronique de la maladie : pratique déjà suivie constamment par l'école homœopathique et même par tous les médecins dans quelques cas, par exemple pour le traitement par les eaux minérales qu'on laisse sagement développer toute leur action pendant les semaines qui suivent leur administration.

Maintenant il me reste à examiner dans quelles préparations pharmaceutiques il faudra de préférence employer le phosphore.

Dans les observations cliniques plus haut relatées, nous avons vu les médecins prescrire le phosphore tour à tour dans l'éther sulfurique, diverses huiles, l'alcool, dans l'eau enfin.

D'après le Dr Sorge (de Berlin), auteur d'une monographie sur le phosphore que j'ai plusieurs fois citée dans le cours de ce travail,

L'huile dissout 1/40e à 1/48e de son poids de phosphore;

L'éther sulfurique 1/80e;

L'alcool à 92 degrés 1/400e à 1/450e.

Le phosphore est complétement insoluble dans l'eau; seulement il la décompose pour former avec elle de l'acide hypophosphorique. Cet acide est soluble dans l'eau.

Il y a de grandes précautions à prendre pour conserver intégralement les solutions de phosphore dans l'huile, l'éther et l'alcool, car elles se décomposent facilement, comme nous allons le raconter.

Aussi, d'après le Dr Sorge, la solution huileuse de phosphore est-elle exposée au contact de l'air à une température ordinaire, tout le phosphore se transforme peu à peu en acide phosphorique, de telle sorte que, dans les vases découverts, la couche supérieure de l'huile n'est bientôt plus lumineuse, et plus tard si l'on agite le mélange, les couches profondes n'ont également plus d'éclat phosphorescent.

Si l'éther phosphoré est exposé à une température basse, on voit se précipiter au fond du flacon une masse de cristaux de phosphore.

La solution du phosphore dans l'alcool absolu se décompose si rapidement à la température ordinaire d'appartement, que le phosphore, même avant de s'oxyder, se précipite au fond du flacon en très-petits morceaux.

L'alcoolature phosphorée s'oxyde au contact de l'air; elle réagit promptement et devient acide si elle n'est pas conservée dans un flacon soigneusement bouché.

Pour avoir une alcoolature phosphorée nullement acide, il faudrait la préparer, la renouveler de temps en temps et la conserver au frais.

Une alcoolature phosphorée très-ancienne, qui a pu devenir acide

déjà depuis longtemps, offre une odeur d'éther, ce qui ferait croire à la formation d'un éther phosphoré.

Quoique l'éther phosphoré ait procuré, on l'a vu plus haut, un certain nombre de guérisons, je ne conseillerai pas l'administration du phosphore dissous dans « l'éther, qui, fort actif lui-même, complique les effets et jette de l'incertitude sur leur véritable source, » comme le disent très-judicieusement MM. Mérat et de Lens (1); car ce serait rentrer dans ces mélanges pharmaceutiques dont je viens de montrer le caractère peu scientifique.

Je préfère recommander l'huile phosphorée pour l'usage externe et l'alcool phosphoré pour l'usage interne, c'est-à-dire le phosphore ayant pour véhicules des liquides dénués de toutes propriétés médicamenteuses.

Les solutions huileuse et alcoolique de phosphore peuvent être conservées sans s'altérer, si l'on prend les précautions indiquées plus haut. Dans toutes les pharmacies on trouve la liqueur de Fowler, la liqueur de Pearson, la liqueur de Boudin, c'est-à-dire la solution à 1 millième des sels d'arsenic. Or le phosphore, qui est beaucoup plus toxique que l'arsenic, ne pourrait-il pas être conservé et prescrit dans une solution alcoolique encore plus étendue, par exemple, dans une solution aux 2 millièmes, aux 5 millièmes? Une pareille solution serait moins sujette à s'altérer et permettrait néanmoins de prescrire la dose voulue : il suffirait pour cela d'administrer l'alcoolature en plus grande quantité.

D'après les conseils de M. le Dr Ch. Ozanam, on peut préparer du sirop de phosphore, qui est employé, entre autres, chez les enfants, les vieillards et les malades épuisés par la fièvre hectique ou une convalescence trop prolongée. Cette préparation a l'avantage de fournir au phosphore un véhicule, le sirop simple, qui est parfaitement dénué de propriétés médicamenteuses.

Une importante et dernière recommandation que je fais relativement à toutes les solutions phosphorées, c'est de les filtrer soigneusement, afin d'éviter aux malades le danger d'avaler des fragments de phosphore non dissous.

En résumé, je crois avoir démontré que le phosphore a des propriétés thérapeutiques et toxiques incontestables. J'ai indiqué le moyen d'utiliser les unes et d'éviter les autres. Par là j'espère contribuer à vulgariser l'emploi d'un remède vraiment trop efficace pour être délaissé.

En signalant les paralysies que peut produire le phosphore, un poison

(1) *Dictionnaire de matière médicale et de thérapeutique*, t. V, p. 278. 1833.

à la portée de tout le monde, j'espère aussi avoir rendu un service à l'hygiène publique et à la médecine légale.

M. Gallavardin a bien voulu nous communiquer la note supplémentaire suivante :

A l'aide de réactifs chimiques appropriés, on peut reconnaître le phosphore dans diverses combinaisons ou solutions, alors qu'il n'y existe qu'en très-petite quantité. Ainsi Mitscherlich (*Casper's Viertel Jahrschrift für gerichtliche Medizin*, t. VIII, p. 6-8).

Mitscherlich retrouve.	1/100,000 de phosphore.	
Lipowitz...........	1/140,000 —	t. XIII, p. 92-3.
Le Dr Birckner.......	1/200,000 —	— p. 93-7.
Le Dr Sorge.........	1/448,000	*Der Phosphor.*, p. 14.

Ce dernier, pour reconnaître cette substance à une si faible dose, traite la solution de phosphore dans l'alcool à 92° par le nitrate d'argent, qui produit :

Une couleur d'un noir intense dans l'alcoolature à.	1/500e.
— brun foncé.................	1/1,000e.
— brun clair..................	1/100,000e.
Une nuance encore manifeste.................	1/448,000e.
Et plus aucun trouble.........................	1/10,000,000e.

Si la présence du phosphore à pareilles doses est décelée par des réactifs chimiques, pourquoi ne le serait-elle pas également, à ces doses et même à doses plus minimes, par l'organisme vivant, qui est certainement le plus sensible des réactifs ? Car, par exemple, il nous signale, en tel lieu, l'existence du camphre, du musc, alors que les meilleurs réactifs chimiques sont impuissants à le faire. Et pourtant il y a des réactifs bien délicats : ainsi un courant d'*hydrogène sulfuré* qui, traversant une solution d'un grain de *nitrate de plomb* dans 500,000 grains d'eau, y fait reconnaître le plomb à la dose de

1/6,000,000,000,000e partie d'un grain.

Avis en soit donné aux commerçants qui falsifient leurs vins avec des sels de plomb !

Si l'analyse chimique peut déceler la présence du plomb et du phosphore à des doses si minimes, l'analyse spectrale, probablement, est appelée à faire mieux encore.

MÉDECINE PRATIQUE

NOTE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS A LA SUITE DE L'ADMINISTRATION DE L'IODURE DE POTASSIUM COMME MOYEN DE DIMINUER LE VOLUME DU FOETUS.

Dans un précédent numéro (1), nous avons cherché à exposer les résultats obtenus à l'aide de l'iodure de potassium, comme moyen de diminuer le volume du fœtus chez une dame atteinte de rétrécissement du bassin. Aujourd'hui, nous venons relater les particularités qui ont accompagné son dernier accouchement. Mme M..... prit de nouveau, et chaque jour, à partir du cinquième mois de la gestation, 10 centigrammes d'iodure de potassium dissous dans du sirop de gomme. La santé générale fut parfaite; quelques selles diarrhéiques survinrent de temps en temps (une tous les trois ou quatre jours); mais les digestions restèrent bonnes. Au huitième mois, il n'y avait aucune cambrure de la taille; l'abdomen était peu saillant et la démarche aisée. L'enfant paraissait vigoureux, vu la fréquence des mouvements actifs.

Le toucher ne fit pas constater d'augmentation du rétrécissement pelvien; le col était mou, dilatable, et la tête, très-mobile, se sentait derrière l'arcade pubienne. L'accouchement prématuré fut remis à une quinzaine.

Le 16 octobre 1865, à huit heures du matin, on applique dans l'orifice du col l'ampoule dilatatrice de M. Tarnier, et, une heure après, le travail s'engage régulièrement.

A midi, dilatation complète du col; présentation de la tête au détroit supérieur en occipito-iliaque droite (2^e^

(1) Voy. *Art médical,* avril 1865, p. 283.

position); rupture artificielle de la poche des eaux; *un peu d'hydramnios* (1). Travail lent; à deux heures, application du forceps au détroit supérieur.

L'enfant, du sexe feminin, mesurait 25 centimètres en longueur et pesait 250 grammes de plus que sa sœur (c'est-à-dire 6 livres 1/2). Les os du crâne étaient dans un état tout à fait normal.

Les suites de couches furent des plus simples pour M[me] M.....; la fluxion laiteuse fut, comme la précédente, complétement nulle. Quant à l'enfant, il s'est porté à merveille, grâce à une très-bonne nourrice.

L'augmentation légère de poids ne nous a point étonné; nous l'avons attribuée à une santé beaucoup meilleure de la mère et à une diminution sensible dans la diarrhée éliminatrice. Quoi qu'il en soit, ces deux résultats ont de la valeur à nos yeux, *pour notre malade spécialement*, qui avait à chacune de ses grossesses des enfants *de plus en plus volumineux*, et dont l'accouchement menaçait de devenir de plus en plus pénible, sinon impossible. Il nous semble que si l'iodure de potassium donné d'après la méthode de M. Ozanam n'a pas toujours eu, dans les cas qui ont été publiés depuis qu'elle est connue, un résultat propice, il faut tenir compte

(1) M. le D[r] Chassagny, qui assistait à l'accouchement, nous communiqua à ce sujet l'observation d'une de ses accouchées, atteinte d'un rétrécissement pelvien, qui prit l'iodure de potassium pendant sa grossesse, et fut accouchée au septième mois de celle-ci. *Il y eut une hydramnios considérable*, à laquelle l'iodure ne fut sans doute pas étranger. Ces deux faits rapprochés l'un de l'autre peuvent avoir de la valeur; peut-être aurions-nous dans l'iodure dynamisé un moyen modificateur de l'hydropisie utérine dont la guérison est si difficile. Cette hydropisie (dont l'existence est encore contestée) est acceptée par M. Tessier (de Lyon), d'après des faits empruntés à Vésale, Fernel, Nicolaï, J. Franck, Mauriceau, Blégny, Dumas; sa réalité est niée par Meckel, Baillie, Neumann, Baumgartner, Stoltz, Naegele. (V. Bauchet, *Anatomie pathologique des kystes de l'ovaire*, mémoire couronné par l'Académie de médecine, p. 105. J.-B. Baillière, 1859.)

des aptitudes individuelles qui modifient à leur manière la portée d'action de nos médicaments. C'est là, certainement, le plus grand obstacle à la généralisation, et, à plus forte raison, à l'absolutisme d'un moyen thérapeutique quelconque.

D[r] Noack fils,
de Lyon.

CAUSERIES CLINIQUES

XI

INDICATIONS DU PHOSPHORE DANS L'ALCOOLISME CHRONIQUE DANS QUELQUES MALADIES AIGUES, MALADIES CACHECTIQUES, ÉTATS CACHECTIQUES.

Le phosphore, écrivais-je plus haut (art. X), convient particulièrement aux malades chez qui l'on observe les affections propres à l'alcoolisme chronique. Pour démontrer cette indication aux partisans de la méthode homœopathique, il me suffit de tracer un tableau comparatif des :

SYMPTÔMES ET LÉSIONS PRODUITS PAR L'ALCOOLISME CHRONIQUE.	SYMPTÔMES ET LÉSIONS PRODUITS PAR LE PHOSPHORE.
Stéatose (dégénérescence graisseuse) du foie.	Stéatose du foie.
Sur 90 autopsies d'ivrognes, le D[r] E. Lancereaux a trouvé 70 fois la stéatose du foie.	
Cirrhose (hépatite interstitielle).	Hépatite.
Ictère.	Ictère.
Hypertrophie, ramollissement ou atrophie de la rate.	Hypertrophie, ramollissement de la rate.
Stéatose du pancréas.	
Stéatose des glandes parotides et sous-maxillaires.	
Stéatose des reins.	Stéatose des reins.
Atrophie des reins.	

Maladie de Bright.	Albuminurie.
Christison dit que, en Écosse, les quatre cinquièmes des maladies de Bright doivent être attribués à l'abus des spiritueux.	
Affections du cœur.	Ecchymoses sur divers points du cœur, action marquée sur le pouls.
Stéatose du cœur.	Stéatose du cœur.
Stéatose du système vasculaire.	
État graisseux du sang.	Sang altéré et se coagulant moins facilement.
Stéatose des muscles.	Stéatose des muscles.
Atrophie des muscles.	
Stéatose des os.	Nécroses, périostites.
Les os deviennent plus friables et plus légers par expansion de la trame cellulo-graisseuse de la moelle aux dépens de la substance osseuse (Rokitansky).	
Aussi les os sont plus disposés aux fractures avec difficulté de la consolidation.	
Douleurs ostéocopes dans les os longs, la nuit, faisant croire à l'existence de la syphilis.	Douleurs ostéocopes nocturnes.
Surcharge adipeuse dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le mésentère, à la base du cœur. — Ce n'est pas ici une transformation graisseuse des éléments anatomiques; c'est tout simplement un dépôt de matière graisseuse.	
Hémorrhagies par l'estomac, les intestins (méléna), l'utérus, la peau (taches ecchymotiques).	Hémorrhagies par la bouche le poumon, l'estomac (?), le nez, les deux oreilles, l'anus, la vessie, l'utérus; pétéchies sur la peau; ecchymoses dans les tissus.
Hémorrhagies méningées.	
Fourmillements à la peau.	Fourmillements à la peau.
Hyperesthésie, anesthésie.	Hyperesthésie, anesthésie.
Aberrations du toucher.	
Amblyopie, amaurose.	Amblyopie, amaurose.
Hallucinations de l'ouïe, surdité.	Hallucinations de l'ouïe, surdité.
Fonctions génitales d'abord surexcitées, ensuite impuissance, atrophie des testicules.	Fonctions génitales d'abord surexcitées, ensuite impuissance.
Congestions cérébrales.	Congestions cérébrales.

Hémorrhagies méningées.	Injection, ecchymoses piquetées des méninges.
Méningite.	
Encéphalite.	Hyperémie du cerveau.
Ramollissement du cerveau.	Ramollissement du cerveau.
Atrophie du cerveau.	Stéatose de la substance grise du cerveau.
Ramollissement de la moelle épinière.	Ramollissement de la moelle épinière.
Tremblement des membres.	Tremblement des membres.
Convulsions musculaires.	Convulsions musculaires.
Affaiblissement musculaire.	Affaiblissement musculaire.
Paralysie progressive, avec stéatose ou atrophie des muscles.	Paralysie progressive, avec atrophie des muscles.
Paralysie générale : sur 1,343 cas de paralysie générale, le Dr Contesse en a trouvé 106 d'origine alcoolique.	Paralysie générale.
Paralysies localisées sur certains muscles, sur certains membres.	Paralysies localisées sur certains muscles, sur certains membres.
Dyspnée. Pneumonie des ivrognes, forme grave, suppurant souvent, fréquemment accompagnée de délire, de symptômes adynamiques et ataxiques ; terminaison par induration, tuberculisation ou par la mort. Tuberculisation pulmonaire (E. Lancereaux).	Efficacité bien connue du phosphore dans la dyspnée, la pneumonie (formes grave et ataxique), la tuberculisation pulmonaire.
Œdème des extrémités inférieures. Anasarque, ascite symptomatiques d'affections hépatiques, rénales ou cardiaques.	Œdème siégeant sur les membres et sur divers points du corps ; œdème général ou localisé, analogue à celui qui accompagne certaines cachexies, le scorbut.

Le phosphore. on le voit, est manifestement indiqué, d'après la loi des semblables, chez les gens qui abusent des boissons alcooliques; car il produit des lésions et des symptômes analogues à ceux que provoque l'alcoolisme chronique.

Cette analogie est même si évidente que je m'étonne de n'avoir encore vu aucun médecin homœopathe recommander, employer le phosphore dans l'alcoolisme chronique. Un seul, le Dr Kurtz, s'est borné à préconiser ce remède contre le *delirium tremens*, sans fournir des observations cliniques à l'appui.

En considérant, d'autre part, les diverses lésions ou symptômes produits par le phosphore :

Congestion, ramollissement, stéatose des centres nerveux;

Congestion, ramollissement, stéatose ou atrophie des principaux viscères ou tissus (foie, reins, cœur, rate, muscles, périoste, os);

Hémorrhagies passives dans les tissus, par tous les orifices, par les muqueuses, par la peau;

La paralysie générale progressive, la paralysie des muscles de la vie végétative (sphincters de l'anus, de la vessie);

La bouffissure, l'œdème de la peau qui est d'un teint jaune ou blafard;

En considérant, dis-je, ces symptômes si caractérisés, ces lésions si multiples et si variées, on peut bien présumer que, d'après la loi des semblables, le phosphore est manifestement indiqué :

Dans les formes grave, ataxique, hémorrhagique de quelques maladies aiguës : fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, variole, diathèse purulente (?);

Dans certains cas de quelques maladies cachectiques : scorbut, purpura hæmorrhagica, diabète sucré, chlorose, rachitisme, maladie de Bright;

Dans certaines affections de la maladie hémorroïdaire, de la goutte, de la dartre et surtout de la scrofule et de la syphilis, on connaît l'action élective du phosphore sur les os, les glandes, les viscères, la peau sur laquelle

il produit des tubercules, une sorte de psoriasis, des taches *cuivrées*. J'ai cité trois cas de paralysies syphilitiques guéries par le phosphore;

Dans quelques états cachectiques survenus à la période ultime de certaines maladies : fièvres intermittentes, diathèse cancéreuse, dysentérie. — Chez deux malades atteints, l'un d'une cachexie cancéreuse, l'autre d'un état cachectique consécutif à une dysentérie persistant depuis cinq mois, j'ai pu diminuer les souffrances intolérables du premier, améliorer l'état du second. Ne pouvant les guérir, je les ai du mains soulagés. Je leur administrais l'alcoolature de phosphore à 1/500e, 2 à 6 gouttes dans une verrée d'eau, une cuillerée à bouche toutes les deux, quatre, huit heures.

Je ne prétends pas, on le pense bien, recommander le phosphore comme le spécifique de tous ces états morbides si différents. Mais je le crois alors indiqué *quand le jeu des fonctions végétatives est entravé ou suspendu*, et qu'il en résulte, comme conséquence, certains désordres dans les fonctions animales (système nerveux) et dans les fonctions vitales (système vasculaire). Le phosphore paraît agir sur la circulation de la vie végétative dans les trois grandes fonctions *animales*, *vitales* et *naturelles* (végétatives), lesquelles ont pour supports les trois principaux éléments anatomiques : *nerfs*, *vaisseaux*, *tissus* ou parenchymes; éléments placés, plus spécialement, chacun dans une des trois cavités *cranienne*, *thoracique* et *abdominale*.

Comme exemples de cette indication, j'ai cité ailleurs (1) onze cas de *fausse agonie*, pourrait-on dire, où le phosphore a rappelé rapidement à la vie des malades que l'on croyait sur le point d'expirer. Je recommande

(1) *Les Paralysies phosphoriques*; 1865, in-8 de 90 pages, p. 22-30, obs. XXXV-XLIV.

la lecture de ces onze observations de guérison *inespérée* aux praticiens qui auront des malades dans un état analogue.

La plupart de ces onze malades ont ingéré le phosphore à une assez forte dose. Ainsi, trois d'entre eux (un enfant de 13 ans, un homme fait, un vieillard de 71 ans) prenaient, toutes les heures, dix gouttes d'une

Potion contenant :	Phosphore.	2 à 6 grains,	soit 0.10 à	0,32
	Ether. . .	1 à 4 gros,	soit 3,90 à	15,60

Il s'ensuit que l'on peut prescrire avec succès de pareilles doses de phosphore. Mais, cependant, la prudence recommande d'employer ce remède successivement aux dilutions élevées, moyennes, basses, et, enfin, à la teinture mère, l'alcoolature, et cela pour deux raisons :

D'abord, il est possible que, à dose égale, l'éther phosphoré soit moins actif que l'alcool phosphoré employé dans la thérapeutique homœopathique. C'est qu'alors l'éther atténuerait les propriétés toxiques du phosphore. Mais je ne fais ici qu'une hypothèse, car la question n'est pas résolue.

D'autre part, le phosphore, comme la digitale et la noix vomique, laisse parfois suspendre et en même temps accumuler son action qui, à un moment donné, éclate brusquement. J'en ai cité sept exemples dans les *Paralysies phosphoriques* (chap. I, § 2, observ. 8, 24, 28, 29, 30, 33, 34).

Cette considération sur le mode d'agir du phosphore doit nous rendre très-circonspects quand nous administrons ce médicament. Nous devons donc, d'une part, le prescrire à doses *progressivement* croissantes ; et, de l'autre, nous pourrons le donner pendant quelques jours, puis le suspendre pendant quelques autres jours, pour qu'il ait le temps de développer toute son action

De la sorte, nous éviterons cette accumulation inopinée d'effets toxiques observée pour ce remède, comme pour la digitale et la noix vomique.

Qu'on me permette, en terminant, une réflexion générale, à propos de la *matière médicale pure*.

Si l'on compare, d'un côté, les remarquables lésions citées plus haut, produites par le phosphore, et, de l'autre, la pathogénésie hahnemannienne de ce même remède, on reconnaîtra qu'elle renferme de fâcheuses lacunes. On peut, par cet exemple, présumer combien d'autres pathogénésies sont également incomplètes et doivent, pour l'être moins, pareillement s'enrichir des découvertes de la toxicologie.

Dr GALLAVARDIN,
de Lyon.

REVUE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nos collaborateurs, MM. les Drs Maillot, Frédault et Davasse, ayant rendu compte des questions les plus importantes qui ont été discutées cette année à l'Académie de médecine, notre tâche s'est trouvée extrêmement réduite; toutefois, avant de terminer ce volume, et pour tenir nos lecteurs au courant de la science, nous donnerons une courte revue rétrospective des travaux de la Société de la rue des Saints-Pères.

Distinction radicale établie expérimentalement entre la variole et la vaccine, par la Société des sciences médicales de Lyon..Communication de M. Chauveau (t.X XX, p. 18 et 24). — La Société médicale de Lyon a résolu, par ses belles expériences sur le bœuf et sur le cheval, la question si débattue, des rapports de la variole et de la vaccine.

L'Art médical a toujours soutenu que la vaccine et la variole constituaient deux espèces différentes et parfaitement distinctes; cette opinion, fondée sur une connaissance précise du caractère des espèces morbides, appuyée par l'histoire de l'épizootie de Toulon et par les beaux travaux de M. Bouley, se trouvent maintenant complétement confirmées par les expériences si complètes de la Société médicale de Lyon.

La commission lyonnaise a inoculé le vaccin sur 30 bêtes de l'espèce bovine, et 30 fois elle a réussi à reproduire un cowpox type, avec lequel elle a pu inoculer sur des enfants un fort beau vaccin, et jamais ce vaccin n'a été suivi d'éruption secondaire.

Cette même commission a inoculé la vaccine humaine à 17 vaches, génisses ou taurillons, et ces 17 inoculations ont donné naissance à de très-petites papules rougeâtres qui ont disparu rapidement sans laisser de croûtes. Ces papules donnent, par le grattage, une sérosité qui a été inoculée à l'homme et à d'autres animaux de l'espèce bovine. Chez les animaux, cette sérosité n'a jamais développé le cowpox, mais toujours des papules de plus en plus petites qui finissent par n'être plus inoculables. Cette éruption par inoculation variolique a toujours été locale et n'a jamais développé des symptômes généraux.

Chez l'homme, l'inoculation de cette sérosité a donné naissance à la variole. Au point inoculé se montrèrent d'abord des boutons parfaitement semblables à la vaccine, puis, vers le dixième jour, la variole se développa absolument comme par l'ancien procédé de l'*inoculation;* enfin, pour confirmer encore la nature de la maladie, cette variole inoculée par l'intermédiaire de la vache s'est transmise par contagion à une femme et à un enfant.

La Société médicale lyonnaise, une fois convaincue que la variole transportée de l'homme chez les animaux engendrait de nouveau la variole, quand on la reportait des animaux sur l'homme, aurait dû mettre un terme à des expériences qui ne sont légitimes qu'à la condition expresse de contribuer à l'amélioration de la santé publique. Au lieu de cela, on a continué des expériences que nous ne craignons pas d'appeler coupables, puisqu'on savait bien que ces inoculations produisaient la variole, c'est-à-dire, une maladie qui peut conduire à la mort.

On a donc continué ces expérimentations alors qu'elles n'étaient plus nécessaires, et qu'on les savait dangereuses. Deux enfants inoculés avec ce prétendu virus, *vaccino variolique* (c'est-à-dire avec la sérosité des papules produites chez la vache par l'inoculation de la variole humaine), prirent une variole confluente qui mit leur vie en danger. Malgré cet avertissement, deux autres enfants furent encore inoculés de la même manière : le premier eut une variole confluente, dont il portera les traces toute sa vie, et l'autre mourut d'une variole anormale.

M. Chauveau cherche à justifier la Société médicale de Lyon en s'abritant derrière l'autorité de M. Depaul, qui a soutenu l'identité de la vaccine et de la variole. Mais les expériences déjà faites avaient précisément démontré que l'opinion de M. Depaul n'était qu'une erreur; la Société a donc eu tort de continuer des expérimentations qu'elle savait dangereuses, et elle est responsable de la mort de l'enfant inoculé, si toutefois elle a approuvé celui de ses membres qui a pratiqué cette dernière et malheureuse inoculation.

Les mêmes expériences partiquées sur le cheval ont donné des résultats identiques, avec cette différence

que la papule produite par l'inoculation de la variole humaine est beaucoup plus grosse que dans l'espèce bovine, cependant elle ne produit ni pustule ni croûte.

Du reste, voici les conclusions de la communication de M. Chauveau.

1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que la vaccine.

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument.

Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules si petites, qu'elles passent inaperçues quand on n'est point prévenu de leur existence. La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale, type dont les pustules sont si larges, si bien caractérisées.

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétion ni croûtes, qu'engendre la variole ; mais quoique cette éruption soit beaucoup plus grave que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec le horsepox, si remarquable par l'abondance de sa sécrétion et l'épaisseur de ses croûtes.

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline les préserve en général de la variole.

4° La variole inoculée à ces mêmes animaux s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine.

5° Cultivée méthodiquement sur ces mêmes animaux, c'est-à-dire transmise du bœuf au bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'éruption vaccinale. Cette variole reste ce qu'elle est ou s'éteint tout à fait.

6° Transmise à l'homme, elle lui donne la variole.

7° Reprise à l'homme et transportée de nouveau sur le bœuf ou le cheval, elle ne donne pas davantage, à cette seconde invasion, le cowpox ou le horsepox.

Donc, malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux affections n'en sont pas moins parfaitement indépendantes, et ne peuvent pas se transformer l'une dans l'autre.

Donc, en vaccinant d'après la méthode de Thiélé et de Culy, on pratique l'ancienne inoculation, rendue peut-être constamment bénigne par les précautions qu'on prend de n'inoculer que l'accident primitif, mais ayant à coup sûr conservé tous ses dangers au point de vue de la contagion.

Sur l'emploi de l'arsenic en médecine, par le Dr Wahu. Rapport de M. Gibert (t. XXX, p. 19). — L'auteur signale les bons effets de l'arsenic, non-seulement contre les *fièvres d'accès* et les *névroses périodiques*, mais encore contre les *cachexies* qui suivent les maladies longues, le *lymphatisme* (probablement la scrofule), la dyspepsie, et enfin la phthisie au premier degré. Ces indications de l'arsenic sont bien vagues, et les médecins qui sont au courant des travaux de l'école de Hahnemann les trouveront bien arriérées. Nous signalons seulement ce travail pour montrer où en sont nos adversaires. Nous ferons remarquer en terminant les paroles suivantes du rapporteur. Après avoir dit que l'arsenic ne doit être administré qu'à l'*état de dilution très-étendue*, à la dose de 1 à 5 milligrammes, il ajoute : « Cette extrême dilution et cette dose minime d'un agent aussi facilement toxique se rapprochent de l'exemple que nous donne la nature dans la composition des eaux minérales arseniquées. » (*Loc. cit.*, p. 879.) Mais de semblables proportions se rapprochent encore bien plus des dilutions homœopathiques. Pourquoi n'avoir pas le courage de le dire?

Note de M. Heyfelder fils, sur la fièvre récurrente. Lettre de M. Pelikan (de Saint-Pétersbourg) sur le même sujet. Rapport de M. Bergeron (t. XXX, p. 19). — Nous citerons les passages du rapport qui ont trait à la description de cette maladie, encore fort mal connue, désignée sous le nom de *fièvre récurrente*, *relapsing fever*, *relapsing and famine*, fièvre de la faim, *hanger pest*, peste de la faim.

Pour résumer aussi brièvement que possible la partie du travail de M. Heyfelder qui a trait aux symptômes de la fièvre récurrente, je dirai qu'elle consiste, soit en un accès fébrile d'une durée variable, soit, et c'est là le cas le plus ordinaire, en une série de deux, quelquefois de

trois accès que séparent des rémissions assez complètes pour que les convalescents puissent parfois rentrer dans les conditions de la vie ordinaire et que le nouvel accès semble être moins une rechute qu'une récidive d'une maladie ayant déjà parcouru toutes ses périodes. — Sans doute, ce n'est pas autrement que les choses se passent dans la succession des accès de fièvre intermittente, mais avec cette différence que l'évolution de l'accès dans la fièvre périodique se fait complétement dans l'espace de quelques heures, tandis qu'elle dure depuis deux jusqu'à huit et même dix jours dans la fièvre récurrente.

Parfois précédée de prodromes qui n'offrent rien de spécial, la maladie débute très-souvent d'une manière brusque par un frisson violent auquel succède un sentiment de chaleur qu'explique parfaitement l'élévation insolite de la température du corps; le thermomètre placé dans l'aisselle est monté souvent jusqu'à 40 degrés, parfois à 42 et même à 44 degrés, d'après M. Heyfelder. Le pouls, en général petit, dépasse rarement 120 pulsations. La céphalalgie est peu marquée et le délire assez rare, mais les malades éprouvent généralement un sentiment de vertige, en même temps qu'un abattement profond et de vives douleurs dans les membres. La respiration est embarrassée, et M. Heyfelder a constaté souvent des signes d'engoucment pulmonaire. — La langue est légèrement saburrale, la soif vive, l'anorexie complète; il y a des nausées, plus rarement des vomissements; le ventre est sensible à la pression, la rate et le foie sont considérablement tuméfiés, les selles rares et non diarrhéiques; les urines sont dans quelques cas albumineuses.

Cet état, qui le plus souvent dure de deux à cinq jours, se prolonge parfois jusqu'à huit et dix jours; mais quelle que soit sa durée, dans les cas heureux, la rémission s'annonce par des sueurs profuses qui sont surtout abondantes pendant la nuit; à la suite de ces sueurs il ne reste d'ordinaire qu'un état de langueur générale et des douleurs dans les membres; puis, peu à peu, l'activité fonctionnelle se réveillant, il survient un sentiment de bien-être, et c'est ainsi que chez quelques sujets la maladie se termine; mais pour le plus grand nombre la convalescence n'est pas définitive, et elle est brusquement interrompue par un nouvel accès qui suit la même marche que le premier, laissant après lui un affaissement plus profond et dont la durée témoigne de la violence de l'ébranlement que la maladie a imprimé à tout l'organisme.

Lorsque la mort arrive dans la période aiguë, dans le paroxysme de la fièvre, c'est tantôt par syncope, tantôt par suite de congestion cérébrale ou pulmonaire, tantôt enfin par suite d'hémorrhagies; lorsque,

au contraire, les malades succombent tardivement, c'est à des pneumonies, à des abcès de la rate, à des péritonites ou à des gangrènes des extrémités, de la bouche ou de la parotide.

Cette terminaison fatale s'observe sans doute dans la forme de fièvre récurrente dont je viens de tracer un tableau sommaire, et qui paraît avoir dominé dans l'épidémie actuelle ; mais elle est beaucoup plus fréquente dans la forme dite bilieuse, qui ne diffère de la précédente que par l'apparition d'un ictère, aussi prompt à disparaître parfois qu'à se montrer, mais se compliquant souvent de vomissements bilieux et d'hémorrhagies qui donnent à la maladie une analogie remarquable avec notre ictère typhoïde.

Les lésions les plus ordinairement constatées à l'autopsie sont l'hypertrophie de la rate avec suppuration, et dans quelques cas rupture de cet organe ; l'hypertrophie du foie, avec transformation graisseuse dans la forme bilieuse ; les intestins sont légèrement hypérémiés, mais sans trace d'altération des follicules agminés ou isolés ; les poumons sont généralement congestionnés et sont parfois le siége de noyaux apoplectiques.

A défaut d'un spécifique qui n'a pas encore été trouvé, ou d'une médication spéciale qu'on n'a pu encore formuler, les médecins russes, après avoir essayé le sulfate de quinine sans en obtenir plus de résultats que les médecins anglais, ont pris le sage parti de faire de la médecine expectante, s'interdisant rigoureusement l'emploi des émissions sanguines, donnant des boissons acidules, des toniques, quelques purgatifs, et ne cherchant véritablement à lutter que contre les plus graves complications.

On le voit, cette description ne se rapporte à aucune des maladies connues en France. Nous ajouterons que, d'après le rapporteur, cette maladie est évidemment contagieuse, et qu'elle ne se développe jamais que concurremment avec le typhus.

Mais ces deux assertions sont combattues par la relation de la *fièvre récurrente* observée dans les Cordillères, en 1854, par le Dr Baldon, relation que nous devons maintenant faire connaître.

Cette épidémie n'a frappé aucune localité située au-dessous de 1,500 mètres, tandis qu'elle a attaqué toutes

les régions plus élevées, et jusqu'aux populations de pasteurs habitant vers 4,000 mètres d'altitude.

Symptômes et marche de la maladie. — Pas de période d'incubation. La maladie frappe inopinément et sans prodrome. Une *période algide* marque son début. De violents frissons, semblables à ceux qu'on observe dans les accès intermittents, secouent tous les membres; douleur vive au front et à l'occiput; pouls lent et déprimé; extrémités froides; chaleur de la surface du corps et de l'intérieur de la bouche diminuée.

Durée de cette période : trois à cinq heures.

Période de réaction. — La douleur de tête augmente; la peau devient sèche et ardente; le malade accuse une chaleur générale très-incommode. Soif modérée ou nulle; pouls peu élevé; 10 à 12 pulsations de plus que le rhythme normal. Douleurs très-vives à l'épigastre, aux lombes, au sacrum, le long des nerfs sciatiques, aux mollets, aux pieds, dans les bras. Les yeux sont brillants; la langue, dans la grande majorité des cas, est humide, pas colorée, et souvent reste ainsi pendant tout le cours de la maladie.

Le second jour et les suivants, ces symptômes de réaction persistent sans la moindre rémission; plus de frissons. Mais un point que je signale tout particulièrement, parce que c'est lui qui m'a mis sur la voie et qui m'a inspiré l'idée de la médication spécifique qui a réussi, c'est que, pendant les nuits, tous ces symptômes éprouvent une recrudescence, un redoublement d'intensité, relativement à la journée précédente, mais diminuent relativement à la nuit qui a précédé. Inappétence complète pour les aliments; suspension des forces digestives au point que le moindre bouillon ne passe pas; l'intelligence reste saine; le malade s'exprime avec une certaine difficulté; anxiété grande; respiration pénible à cause de l'état douloureux des muscles thoraciques; pas de selles, ou selles ordinaires; urines rares et colorées. Aux moindres mouvements, le malade pousse des plaintes et des gémissements, tant ses membres sont douloureux; jamais de sueurs.

Ainsi se succèdent les jours et les nuits sans variations notables, tant que le malade ne commet pas d'imprudences, surtout tant qu'il ne prend pas d'aliments, et cette période d'état dure de dix à quinze jours.

Pronostic. — Dans cette première attaque, la maladie se termine heureusement dans la presque totalité des cas, et alors les symptômes s'apaisent graduellement, pendant le jour bien plus vite que pendant les nuits, qui restent longtemps agitées par les douleurs signalées.

Quand la maladie doit se terminer fatalement, ce qui n'arrive guère que dans les rechutes dont je vais parler, on observe quelquefois des pétéchies; l'économie succombe sans qu'il se manifeste des troubles nouveaux. Je fais exception pour les diarrhées qui s'observaient souvent, mais toujours par suite des préjugés des Indiens, qui pensaient qu'il était indispensable de donner à manger aux malades.

Convalescence. — Quand tous ces autres symptômes avaient disparu, les douleurs dans les muscles et dans les principaux troncs nerveux persistaient souvent pendant un ou plusieurs mois. Dans tous les cas, l'économie restait longtemps dans un état d'anémie plus ou moins profonde, de laquelle résultait une incapacité complète pour tout travail actif.

Rechutes. — Après huit jours, quinze jours, un ou plusieurs mois écoulés depuis la fin de la maladie, pendant ou après la convalescence, l'épidémie ressaisissait ordinairement sa victime. Elle se reproduisait avec ses mêmes périodes, ses mêmes symptômes, et le nombre des rechutes n'avait pas de limites. Seulement, chacune d'elles trouvant le sujet plus affaibli, présentait d'autant plus de danger d'une terminaison fatale. Dans une famille, le père et la mère ont été frappés chacun huit fois, et leurs trois enfants, âgés de 3 à 10 ans, chacun trois fois; tous ont survécu.

Sur une population de 1,200 âmes, il y a eu 250 décès, presque 1 sur 4 habitants; résultat qui ne se compare pas avec celui observé par les médecins de Saint-Pétersbourg : 836 morts sur 7,625 malades, c'est-à-dire 12 0/0. De plus, M. Baldon n'a observé aucun fait qui pût lui faire croire à la contagion, et dans la seule autopsie qu'il ait pu pratiquer, il n'a trouvé aucune lésion. Enfin, comme si tout devait être obscurité et contradiction dans cette histoire de la fièvre récurrente, M. Baldon a obtenu de très-beaux résultats du sulfate de quinine à haute dose, tandis que les médecins de Saint-Pétersbourg ont constaté l'inefficacité des sels quiniques. Nous attendrons donc des renseignements plus positifs pour nous prononcer sur la nature de la fièvre récurrente.

Peste des bestiaux en Angleterre. Lecture par M. Bouley (t. XXX, p. 25). — D'après M. Bouley, la maladie qui sévit sur les bestiaux en Angleterre n'est pas autre chose que le *typhus contagieux des bêtes à cornes*, maladie originaire des steppes de la Hongrie et de la Russie.

Voici la description succincte de cette maladie et de ses lésions :

Ces lésions sont des ulcérations du feuillet et de la caillette ; des plaques gaufrées dans le duodénum, des vergetures, des arborisations vasculaires, qui donnent à la surface interne de l'intestin une disposition aréolaire ; il y a des indurations des follicules de l'intestin ; des ulcérations dans le côlon sont recouvertes de caillots sanguins ; enfin il y a de l'emphysème dans le poumon et dans la cavité abdominale.

La maladie a une incubation de cinq à six jours. Au début du typhus, les animaux sont abattus, leurs yeux pleurent en laissant écouler des larmes très-âcres qui déterminent une sorte de vésication des joues et des naseaux. La bouche est pleine d'écume, il y a une salivation intense et la muqueuse buccale ramollie se dépouille facilement de son épithélium. Plus tard, les animaux ont la tête tremblotante, puis ils sont pris de mouvements convulsifs. Ils tombent enfin dans un état de prostration extrême, ils tombent et ne peuvent se relever.

Pendant la période d'état de la maladie, vers le septième jour, il survient un amaigrissement subit. D'abord l'animal est constipé, puis une diarrhée fétide apparaît, et enfin les selles dysentériques sont observées. La chaleur du corps diminue d'une manière sensible, un emphysème plus ou moins généralisé marque les derniers moments de la vie des nimaux. Chez les vaches, on observe des lésions spéciales à la vulve, des marbrures de la muqueuse et des traces d'une inflammation très-marquée.

Les mouches se portent sur les yeux, sur la vulve, et lorsqu'on trouve dans les vieux auteurs, tels que Ramazzini, que dans la maladie épidémique du gros bétail il y a production de vers aux orifices naturels, on peut expliquer la remarque des anciens observateurs par l'existence d'œufs de mouches éclos sur les points dont elles font leur résidence habituelle.

M. Bouley s'est assuré que la maladie avait été *importée*. Deux bœufs, récemment arrivés de Finlande, faisaient partie de la *dairy* où l'épidémie a débuté.

Discussion sur la thoracentèse. — La question de la thoracentèse est revenue cette année à l'Académie à propos d'un nouveau procédé proposé et appliqué par M. Piorry : la *thoracentèse sous l'eau*. La discussion a porté presque tout entière sur la pénétration de l'air dans les cavités des plèvres, et sur les dangers que pouvait présenter cette pénétration. Les partis extrêmes se sont fait des concessions mutuelles, et on est arrivé à s'entendre à peu près sur les conclusions suivantes : la pénétration d'une petite quantité d'air reste habituellement sans inconvénient, dans les empanchements séreux, pourvu que cet air reste *confiné* dans la cavité close et sans communication avec l'extérieur.

La pénétration d'une très-petite quantité d'air, même quand il reste confiné, peut avoir et a, le plus souvent, de graves inconvénients quand l'épanchement contient du pus, et, surtout, quand il contient du sang.

Or, comme il est presque toujours impossible de savoir à l'avance si un épanchement pleurétique ne contient pas une petite quantité de pus, il est clair qu'en pratique, on devra toujours prendre toutes les précautions nécessaires pour s'opposer à l'entrée de l'air.

Le procédé qui présente le plus de garantie est évidemment celui de M. J. Guérin, surtout quand on doit faire des injections dans la cavité pleurale; le procédé de Reybard vient en seconde ligne. Quant au nouveau moyen proposé par M. Piorry, il s'oppose bien à la pénétration de l'air, mais il est d'un emploi beaucoup plus difficile que les deux autres procédés.

L'indication de la thoracentèse par incision, c'est-à-dire par une large ouverture, a été posée par M. Gosselin, sans être résolue d'un façon qui nous satisfasse. M. Gosselin propose la thoracentèse par incision dans certains cas d'épanchement purulent, et,

cependant, il reconnaît que c'est surtout pour les épanchements purulents que la pénétration de l'air offre un danger réel! Néanmoins M. Gosselin a raison : la thoracentèse par incision est indiquée dans quelques cas d'épanchement purulent, seulement il faut préciser ces cas.

L'histoire des abcès par congestion comme celle des collections purulentes dans les cavités closes, nous enseignent que, aussi longtemps que la poche pyogénique conserve le même degré d'inflammation qu'elle avait avant son ouverture artificielle ou spontanée, le malade se trouve bien de l'ouverture du pus; mais, aussitôt qu'à la suite de la pénétration de l'air ou par une autre cause cette poche pyogénique devient le siége d'une inflammation violente et de mauvaise nature, la vie du malade est en danger. Indépendamment des symptômes généraux que tout le monde connaît, l'abcès devient le siége d'un travail très-actif qui tend à le propager dans les régions voisines, ou au moins à le faire ouvrir sur plusieurs points de sa circonférence. C'est à la suite de ce phénomène que, dans la pleurésie, on voit éclater des péricardites et des péritonites purulentes; ou, ce qui est une solution plus heureuse, des perforations des bronches et l'évacuation spontanée de l'épanchement.

Eh bien, c'est dans ce cas que les grandes ouvertures sont indiquées, et le moment d'opérer est marqué par la douleur, la chaleur et la distension du foyer. L'indication est d'autant plus légitime et d'autant plus impérieuse que, si on retarde de quelques jours, la nature supplée à l'art par une ouverture spontanée qui est habituellement mal placée et trop petite.

P. Jousset.

NÉCROLOGIE

MORT DU Dr PAOLO BRENTANO (DE MILAN).

Dans le siècle où nous sommes, les morts vont vite, comme dit le poëte Bürger, ils sont surtout vite oubliés. Aussi, en annonçant un peu tard la mort de notre savant collègue le Dr *Paul Brentano*, de Milan, nous croyons rendre service à sa mémoire, et prolonger son souvenir. C'était un homme jeune encore (environ 35 ans), son front large et carré indiquait une intelligence vaste et ferme, tandis que son regard et son sourire exprimaient la bonté ; travailleur infatigable, connaissant la plupart des langues européennes, il collectionnait dans les recueils de tous pays, les études, les expérimentations nouvelles, et nous en donnait ensuite l'annuaire condensé en un volume ; tel fut celui qui parut, il y a un an, sous le titre de l'*Oméopatix in Italia*, et qui résumait les progrès accomplis par notre science pendant les cinq dernières années. Nous en avons longuement rendu compte dans *l'Art médical* (1865). *Brentano* avait également publié la *Pathogénesie de la Cantharide*. Il venait encore de remporter le premier prix à la Société homœopathique de Madrid, sur la question : *du croup, des angines et de leur traitement par l'homœopathie*. Tout promettait pour l'avenir un habile défenseur de notre cause, lorsqu'une mort subite est venue l'enlever, le 30 juin dernier, au moment où il mettait la dernière main à la publication de son mémoire couronné.

Ch. Ozanam.



BULLETIN

Rectifions, en commençant ce bulletin, la phrase qui terminait celui du mois passé, phrase qu'une erreur typographique avait tronquée. Voici ce que nous voulions dire : Dans toutes les statistiques du choléra traité par les méthodes ordinaires, la mortalité *assurée* est de 40 à 50 0/0, si l'on tient compte des cas de forme légère, des cholérines, et de *plus de la moitié, de* 65 0/0 au moins dans les autres formes réunies de la maladie ; tandis que toutes les statistiques homœopathiques *sérieuses* (Fleischmann à Vienne, Roux à Cette, Tessier à Paris, etc.) donnent des chiffres de mortalité inférieurs *à la moitié* et voisins *du tiers de la totalité des malades atteints.*

La supériorité évidente de ces chiffres, les bases scientifiques et expérimentales du traitement homœopathique, l'unanimité des médecins qui le mettent en pratique, telles sont les raisons solides de notre préférence.

Aussi ne saurait-on crier trop haut et trop fort contre la conspiration du silence et le dédain coupable qui laissent de côté cette médication. Tout est essayé dans les hôpitaux excepté ce qui guérit : le veratrum, l'arsenic, le cuivre ! Pour ce dernier il y a eu, grâce au Dr Burcq, quelques tentatives; les siennes d'abord et celles toutes récentes de M. Lisle; de ces dernières, il s'est plaint amèrement, comme d'un larcin ; mais, lui-même, rend-t-il pleine justice à Hahnemann, le véritable inventeur des propriétés curatives du cuivre (1) ? Quoi qu'il en soit, le cuivre lui-même est dédaigné. Nous le répéterons donc sans nous lasser, on essaye ce qui ne guérit pas et on rejette ce qui guérit, sans avoir même le prétexte de l'incrédulité à l'égard des doses infinitésimales, car rien n'empêcherait les sceptiques de bonne foi d'employer des teintures avec les doses ordinaires. Donc point d'excuse à cette obstination aveugle et condamnable qui ne veut même pas entendre parler de la seule, de la vraie médication curative.

Il est une autre négligence qu'on ne saurait trop signaler : c'est le défaut, c'est l'oubli des moyens préservatifs. Inutile, bien entendu, de

(1) Ces jours derniers un honorable confrère a eu le courage d'écrire, et la *Gazette des hôpitaux* la loyauté d'insérer une lettre qui revendique pour Hahnemann le mérite de cette découverte.

parler, à des sourds volontaires, des prophylactiques de l'homœopathie. Nous ne voulons rappeler ici que des grands moyens hygiéniques d'isolement, de purification, de désinfection, etc., dont la vérité ressort clairement de l'étiologie bien connue et bien étudiée des épidémies cholériques.

Il suffit de suivre avec attention et sans système préconçu la marche de ces épidémies à travers le monde, et d'en étudier le mode de propagation; pour être convaincu que le choléra épidémique en Europe y a toujours été *importé* de l'Orient, après s'être *développé* dans l'Inde, sa terre natale. C'est du moins ce qui ressort jusqu'ici clairement de l'histoire des trois grandes épidémies de 1832, 1849, 1865.

Le travail le plus complet qui existe à cet égard, à notre connaissance, et qui est lui-même le résumé de documents anglais, russes et américains, est celui de Graves (Leçons de clinique médicale). Nous avons suivi sur la carte, ce livre à la main, la propagation si curieuse et si instructive du choléra. Nous engageons vivement nos lecteurs à en faire autant, au moins avec le résumé plus court que nous mettons sous leurs yeux. Ils compléteront ainsi avec avantage les renseignements donnés dans notre dernier bulletin, d'après les intéressantes recherches de M. Grimaud de Caux

MARCHE GÉOGRAPHIQUE DU CHOLÉRA.

La première épidémie importée en Europe et dont on peut suivre la trace, remonte à 1817. C'est à Jessore, sur le Delta du Gange, qu'elle éclata le 19 août. La maladie se répandit et devint *nomade* sur les rives et sur les affluents du fleuve sacré. Elle gagna Calcutta, situé à 100 milles environ, vers la fin de septembre 1817, et y fit des ravages jusqu'à la fin de 1818. Elle s'étendit dans tout le Bengale, en franchit les limites et se répandit dans la province d'Allahabad et décima l'armée du marquis d'Hastings, campée sur les bords du Seinde. 5,000 hommes moururent en 5 jours. Sur 10,000 *combattants* plus de 7,000 périrent et 8,000 *servants* sur 80,000. L'armée se sauva devant le fléau, et elle n'en fut délivrée qu'en arrivant sur les plateaux élevés qui bordent la Betwa près d'Erich.

En décembre 1817 et en janvier 1818, l'épidémie parut s'éteindre, mais vers la fin de février, elle se réveilla et toute la Péninsule indienne souffrit de nouveau ses ravages.

Dès cette année 1818, on suit le choléra se propageant dans trois directions : 1° Il remonta d'abord le Gange et la Jumma vers le nord et le nord-ouest , où il fit d'épouvantables ravages. Arrêté par les

montagnes du Népaul, il ne put définitivement franchir la chaîne de l'Hymalaya. Dans les Indes, le choléra ne s'est jamais élevé au-dessus de 6,000 pieds (1) — 2° Dans la seconde direction, le choléra marcha vers le sud, en suivant les côtes, allant d'un port à l'autre, envahissant Madras, Sadras, Pondichéry, la côte de Coromandel, toute la Carnatie, passant ensuite dans le nord et sur la côte occidentale de l'île de Ceylan. Ce ne fut qu'après 1820 que la maladie fut apportée sur la côte orientale de l'île par le vaisseau *le Léandre*. — Le choléra se propagea sur la côte occidentale de l'Indoustan, soit par mer en doublant le cap Comorin, soit par terre, en suivant sa troisième direction. — 3° Cette troisième route, en effet, traverse la péninsule de l'est à l'ouest, du Bengale et de Madras à la présidence de Bombay, où le choléra apparut le 9 août 1820 et où il fit 150,000 victimes.

Il serait trop long de suivre le fléau rayonnant de Ceylan à Maurice, à Bourbon et de là à Zanguebar, sur la côté orientale d'Afrique. Il est à noter qu'on ne le vit jamais au *Cap*, *où l'on observait la plus rigoureuse quarantaine.*

De l'Inde, le choléra se répandit dans l'extrême Orient, à Malacca (1818), dans l'empire Birman, Aracan, Ava (1819), Sumatra ; à Java, Batavia (1819), dans les Moluques (1823). Il visita Bornéo et les Célèbes en 1820.

Dès 1819, l'épidémie envahissait Siam, Bankok, le Tonkin, la Cochinchine. La même année, elle arrivait à Macao, apportée par des navires, puis elle passa en Chine, visita Nankin et pénétra jusqu'à Pékin (1821).

Cet itinéraire prouve que le choléra suivait les routes commerciales, soit sur terre, soit sur mer, et que si, dans sa marche vers l'Europe, il s'est avancé de l'orient en occident, il a envahi l'extrême Orient en sens inverse.

Remarquons qu'il n'a pas atteint la Nouvelle-Hollande, bien qu'il ait envahi Bornéo et les Célébes; mais remarquons aussi qu'il existe fort peu de communications entre ces îles et le continent Australien.

Suivons maintenant la marche du choléra de l'Inde vers l'ouest. Au printemps de 1821, il est importé par les communications maritimes, simultanément, dans les trois ports : de Mascate, dans la péninsule Arabique; de Bender-Abbassy, en Perse; de Bassora, aux bouches de l'Euphrate et du Tigre, dans la Turquie d'Asie.

(1) Excepté en 1828, où il envahit le poste médical de Landour, situé à 8,000 pieds au-dessus du niveau de la mer.

De *Bassora* et de *Bender-Abbassy*, il est facile de suivre l'épidémie le long des fleuves et des routes commerciales : de Bassora, elle remonte l'*Euphrate* et le *Tigre* (1821) jusqu'à Bagdad. Suivant toujours l'Euphrate, elle arrive aux ruines de Babylone, puis traversant le désert par la grande route des caravanes, elle atteint Alep, elle se répand enfin dans toute l'Asie-Mineure.

De *Bender-Abbassy*, suivant toujours les *routes commerciales*, elle gagne Schiraz (1821), puis Yezd ; *s'assoupit comme toujours pendant l'hiver*, se réveille au printemps de 1822, s'élance au nord-ouest et frappe toutes les villes et tous les villages situés sur le chemin des caravanes ; remonte le fleuve Cur, ou suit la rive persique de la mer Caspienne et entre enfin le 21 septembre 1823 à *Astrakan*, où le choléra posa pour la première fois le pied en Europe. Mais il ne devait y entrer sérieusement qu'en 1827. Il est probable que s'il avait envahi cette fois Smyrne ou l'Égypte, au lieu d'Astrakan, il serait entré plus vite en Europe par ces deux points, où les communications sont si fréquentes avec le continent européen. Toujours est-il que le temps écoulé de 1817 à 1823 peut être considéré comme la *première étape* du choléra indien en marche pour l'Europe.

Pendant ce temps, la propagation du fléau a été lente, parce qu'il parcourait des contrées peu peuplées, ayant entre elles d'assez rares communications. Cette lenteur contrastera bientôt avec la rapidité qu'affectera la marche du choléra, une fois arrivé en Europe. Il n'y a que par les communications maritimes qu'on voyait la maladie sauter rapidement d'un point à un autre ; mais déjà là, comme plus tard quand elle traversera l'Océan, on peut remarquer *qu'elle n'a jamais distancé les vaisseaux.*

De 1823 à 1829, le choléra continua ses ravages dans les Indes, en envahissant de nouveau l'Asie-Mineure, la Perse, la Chine, la Tartarie, et s'il ne se répandit pas encore en Europe, cela tient sans doute à des obstacles qui devaient bientôt disparaître : nous voulons parler des quarantaines imposées jusque-là aux marchands et aux caravanes qui de l'Asie se rendaient dans la Russie orientale. Ce moment allait arriver.

En effet, en 1829, au mois d'août, le terrible fléau éclate à Orenbourg ou Oufa, et fait dans toute la province de grands ravages. Il y avait été apporté à travers les plaines de la Tartarie, par les caravanes qui viennent, en trois mois, du fond des Indes ; mais, presque en même temps, il s'était propagé en Russie par une autre voie : de la Perse, il était remonté jusqu'à Tiflis et au Caucase, avait suivi les bords de la

mer Noire et de la mer Caspienne, reparu à Astrakan, remonté le Volga, d'une part, de l'autre le Don, tout en ravageant, dans le cours de 1830, Odessa et la Chersonèse.

Pendant cette même année, il avait envahi le centre et le nord de la Russie; le 20 septembre il entre à Moscou et y reste tout l'hiver.

Durant l'hiver et le printemps (1830-31), le choléra se dirige vers l'occident et vers le sud : Pultawa, Kiew, la Podolie, la Bessarabie, la Bulgarie, la Silistrie et les provinces riveraines du Dniéper, du Bug et du Dniester.

Saint-Pétersbourg, une première fois respecté, l'est encore, bien que le choléra soit à 100 milles de cette capitale; il faut dire qu'on l'avait entourée d'un *cordon sanitaire.*

En 1831, l'armée russe entra en Pologne par trois colonnes, et le choléra y entra avec elle. Le 14 avril, il éclate à Varsovie, où les Polonais avait amené un grand nombre de prisonniers après la bataille d'Iganie. Dans ce malheureux pays, la marche du fléau suit celle des armées. Il s'étend à la fois vers les confins de la Prusse, à l'ouest et au sud de Varsovie.

Pendant ce temps, le fléau gagnait le nord, la Lithuanie, les ports de la Baltique, Riga, la Courlande, la Livonie. Saint-Pétersbourg, menacé de tous côtés, finit par être envahi (juillet 1831). En même temps, le choléra passait en Finlande, aux îles d'Aland, en Suède, puis entrait à Dantzick et de Dantzick rayonnait dans toutes les directions, Thorn, Stettin, Berlin, Francfort-sur-l'Oder, Magdebourg. De là, il remonte l'Elbe : Hesse, Mersebourg, Breslau, et abandonne les provinces germaniques de la Prusse, après y avoir tué 51,000 habitants. Il faut remarquer qu'entre Hambourg, Mecklembourg et toute la contrée circonvoisine infestée, *Mecklembourg-Swerin, qui avait pris des précautions extraordinaires, fut épargné.*

Il en fut de même, grâce à des mesures analogues (suppression de toute communication avec les pays infectés), de la Saxe, de la plus grande partie du Hanovre, des duchés de Saxe-Weimar, Anhalt, Hesse, Brunswick et de la Bavière.

Ces pays étaient préservés, tandis que la Gallicie, la Hongrie (qui solda sa dette par le chiffre de 240,000 morts), l'Autriche, la Bohême étaient ravagées. Mais la Carinthie, la Styrie et le Tyrol n'étaient pas atteints, par suite *de mesures sanitaires extrêmement rigoureuses.*

La Moldavie, la Valachie, la Bulgarie, furent envahies en même temps que la Hongrie. Constantinople et l'Asie mineure (celle-ci

pour la seconde fois) furent atteintes du choléra et de la peste simultanément et successivement.

En 1831, comme en 1865 (car ce n'est pas une nouveauté), le pèlerinage de la Mecque fut marqué par la plus effroyable destruction d'hommes. *La ville ressemblait à un champ de bataille.* Les pèlerins se mirent à fuir; 10,000 restèrent en route. Un certain nombre d'entre eux apportèrent le choléra en Égypte, où 150,000 personnes périrent.

Quelque temps après, le choléra envahit l'Angleterre; mais il paraît y être entré par le port de Sunderland, situé en face de Hambourg et en continuelles relations avec cette ville. De là, il se propageait dans le nord, à Édimbourg, dans le midi, à Londres, dans l'ouest, à Dublin. Mais la mortalité, particulièrement dans la Grande-Bretagne, fut peu considérable et ne dépassa pas, dans toutes les îles britanniques, le chiffre de 30,000. Cela tient-il à l'isolement de chaque famille, qui a son habitation spéciale à Londres, au peu de hauteur des maisons, à la circulation plus facile de l'air, à la bonne nourriture des habitants?

D'Angleterre, le choléra passa à Calais le 15 mars 1831. MM. Arnaud, Moribaud et Gendrin l'y observèrent à la fin de cette année, et ce n'est que le 6 janvier 1832 qu'il éclata à Paris avec une grande violence. Le choléra se propagea ensuite de Paris dans toutes les directions de la France.

D'Europe, le fléau passa en Amérique; de Liverpool, au Canada, apporté par des vaisseaux chargés d'émigrés anglais et irlandais qui arrivèrent à cette époque à Québec (8 juin 1832) et à Montréal. Le Dr Jackson, anticontagionniste, signale, comme un fait favorable à son opinion, l'apparition presque simultanée du choléra à Québec et Montréal, d'une part, à New-York, de l'autre; tandis que les villes intermédiaires sont restées indemnes pendant plusieurs mois. Ce fait ne prouve qu'une chose; l'importation directe du choléra d'Europe à New-York. De ces trois villes, il se répandit à peu près partout; mais il y fut bien moins meurtrier. Le choléra n'a jamais passé dans l'Amérique du Sud.

Pour en finir avec l'Europe, le choléra fut importé d'Angleterre en Portugal, à Oporto, le 1er janvier 1833, par le vapeur *le Marchand*, de Londres, qui, pendant la traversée, avait perdu sept personnes atteintes du fléau. Il ne pénétra que six mois après dans Lisbonne, parce que Lisbonne, assiégée, ne laissait arriver aucun bâtiment étranger dans son port et se trouvait sans aucune communication avec Oporto.

Du midi de la France, le choléra se répandit en Piémont, en Italie, à Naples (où il arriva directement, un an avant de pénétrer, jusqu'à Rome), et de là en Afrique.

Telle a été la route suivie par le choléra apporté en Europe en 1832. — Celle de *l'épidémie de* 1849 a été à très peu de chose près la même. Le lecteur pourra s'en convaincre en suivant sur la carte les étapes successives du fléau. Il vient encore des mêmes régions que la première fois. En 1842, il éclate au nord de l'empire Birman, désole Ava, suit en le descendant le cours de l'Irrawaddy, ravage Martaban, Moulmein, Tavoy, Mergny. Dans les deux années qui suivent, il se répand dans les provinces indiennes. En 1845, il parcourt les rives de l'Indus, l'Afghanistan, la Tartarie, la Perse, le pachalik de Bagdad. *De ce dernier point il vient décimer la Mecque, apporté par les pèlerins* (1846).

Vers le nord, il continue sa marche et entre en Russie (1847) par *ses deux routes habituelles*, Astrakan et le Volga, — Tiflis, la mer Noire, le Don et le Dniéper; remonte jusqu'à Moscou, envahissant successivement toutes les provinces de l'empire et, de là, se propageant vers l'occident de l'Europe.

Si maintenant on recherchait l'origine de l'épidémie actuelle, on la trouverait probablement toujours dans l'Inde. Seulement, deux causes paraissent avoir rendu cette fois sa marche vers nous plus rapide et plus directe : 1° l'énorme quantité de pèlerins venus cette année à la Mecque; 2° les communications rendues plus faciles et plus courtes par les bateaux à vapeur de la mer Rouge, de Djedda, c'est-à-dire de la Mecque à Suez, à Alexandrie d'Égypte, et de là, pour ne parler que de la France, à Marseille et à Paris.....

Voici, du reste, un extrait d'un très intéressant travail du Dr Schneep, ex-médecin sanitaire en Orient, inséré ces jours derniers au *Moniteur*. On y voit les causes qui ont favorisé l'extension rapide du choléra de 1865, et les conditions nouvelles dont l'Europe est aujourd'hui victime, *la distance, le temps, le grand cordon sanitaire du désert* étant supprimés par les bateaux à vapeur et les chemins de fer :

« Il y a peu d'années encore que les hadji se rendaient à la Mecque par petites troupes ou par des caravanes plus ou moins fortes et nombreuses, en suivant la voie de terre. Ceux de l'Afrique septentrionale et même centrale longeaient le grand désert en se rapprochant de plus en

plus des rives du Nil; ils suivaient les bords de ce fleuve et ils passaient, à la hauteur de Kénet, le point le plus rapproché de la mer Rouge; ils s'embarquaient à Kosséir sur de mauvais bateaux plats qui les portaient, moyennant quelques piastres, à la rive opposée, en deux ou plusieurs jours, suivant les vents et suivant surtout l'habileté du maître de la barque; celui-ci n'était pas toujours assez heureux de découvrir la côte arabique du premier coup. Mais le temps, pour les musulmans, est peu de chose, et, pour les hadji, il est moins encore. Ce que le fidèle estime le plus, c'est de débourser peu ou rien du tout. Qu'on le débarque dans un port ou dans un autre, cela lui est presque indifférent, il est toujours sûr d'arriver à Djedda et à la Mecque.

« Mais les pèlerins redoutaient même cette petite traversée, et la plupart aimaient mieux se joindre aux caravanes du Caire, et gagner, complétement par la voie de terre, comme la caravane de Damas, les lieux saints, Médine et la Mecque.

« Il y avait cependant un très-petit nombre qui, arrivés à Suez, frêtaient, à bas prix, des barques grossières sur lesquelles ils s'entassaient tant qu'ils pouvaient, puis ils se confiaient aux vents du nord qui prédominent sur la mer Rouge. Ces barques longeaient péniblement la côte orientale de cette mer, et arrivaient lentement, après dix, quinze jours ou plus, comme elles le pouvaient, à Yambo, d'où l'on était heureux de gagner, par terre, Médine et la Mecque. Cette navigation de fantaisie était encore possible pour l'aller, mais elle était complétement impraticable pour le retour, par suite des vents constamment contraires. Ils étaient donc forcés de retourner chez eux par la voie de terre.

« Quant aux pèlerins qui venaient des rives du Tigre et de l'Euphrate, de la Perse, de l'Afghanistan et des Indes, ils convergeaient vers Bagdad, se rassemblaient à Bassora et pénétraient, par une ou plusieurs caravanes, à travers les déserts de l'Arabie, jusqu'à la Mecque. A leur retour, ils suivaient le même chemin, et toujours par la voie de terre.

« Ainsi la dispersion des pèlerins, après les cérémonies religieuses de la Mecque, devait se faire par les voies de terre dans toutes les directions; les vastes déserts qui séparent la ville sainte des populations du nord, du levant et du couchant, purifiaient les caravanes de tout élément morbide; les pèlerins épuisés et les malades restaient en arrière, et beaucoup mouraient. De cette manière, on comprend comment les troupes d'hadji et les grandes caravanes pouvaient être décimées dans les lieux saints et en route par la dysentérie, le typhus, le choléra ou la peste (ce qui arrive évidemment chaque année), tout en n'important

ces fléaux qu'à de rares intervalles au milieu des populations ainsi séparées de la Mecque par *le plus puissant et le plus efficace de tous les cordons sanitaires, le désert.* Ceci est tellement vrai que nous voyons, dès que cette barrière est supprimée, se produire des conditions sanitaires nouvelles dont l'Europe est aujourd'hui victime. — Ce sont les bateaux à vapeur et les chemins de fer qui ont renversé cette barrière ! Le progrès ! me dit-on ; voulez-vous vous opposer au progrès ?

« Non, certes, non !

« Mais fanatisme et progrès ne semblent pas marcher de front. — Cela est cependant le cas ici. Ainsi, depuis ces dernières années, l'esprit de philanthropie, d'autres disent l'esprit de spéculation, s'est apitoyé sur le sort des pèlerins de la Mecque ; des bateaux à vapeur les cherchent au Maroc, sur les côtes de l'Algérie, dans les ports de la Turquie d'Europe et de l'Asie Mineure, et les portent à Alexandrie d'Égypte, d'où le chemin de fer les amène en quelques heures à Suez, et là, des vapeurs appartenant à des compagnies égyptiennes et anglaises les transportent à Djedda en moins de trois jours. Les pèlerins musulmans des Indes, de l'Afghanistan, de la Perse, et même ceux de la presqu'île Arabique, ne prennent pas non plus la voie de terre ; des vapeurs d'une compagnie anglaise de Bombay, destinés spécialement au service des hadji, recueillent ceux-ci dans les ports de la presqu'île du Gange, dans ceux du golfe Persique, à Bassora, à Mascate, à Aden, à Souakin, etc., et les conduisent également à Djedda. Comment, dans quel état d'hygiène et de santé ces pèlerins de l'extrême Orient arrivent à Djedda ? Personne ne le sait. »

ACTION DES MATIÈRES REJETÉES PAR LES CHOLÉRIQUES. — IMPORTANCE DE LEUR SUPPRESSION ET DE LEUR DÉSINFECTION.

Qu'on nous pardonne notre insistance sur le rôle que jouent les matières excrémentitielles dans la propagation du choléra. Nous ne saurions trop dénoncer aux particuliers et aux administrations publiques ces agents malheureusement trop puissants de contagion, ou, si l'on aime mieux, d'infection. Les faits viennent de tous côtés justifier cette manière de voir.

Dans une brochure toute récente, du D[r] Meyhoffer (1), dans une autre du D[r] Cricca, de Smyrne (2), on en trouve un certain nombre. Le pre-

(1) *Comment se propage le choléra.* 1865.

(2) *Après le choléra.* 1865. Guérisons nombreuses par la médication homœopathique.

mier, s'appuyant d'ailleurs sur l'opinion et le travail de Pettenkoffer, va jusqu'à attribuer une action *toxique* aux déjections de la cholérine, ce qui explique, selon lui, que des voyageurs, sains en apparence, aient pu porter avec eux le choléra.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, même à une certaine distance, des vêtements, du linge, contaminés, ont donné la maladie à des personnes chargées de les nettoyer, de les laver. On comprend dès lors avec quel soin les matières rejetées doivent être éloignées, désinfectées; avec quelle sollicitude on doit veiller à la désinfection des fosses d'aisances, à la suppression des cloaques formés par ces déjections, au voisinage d'un camp, par exemple, ou dans certains villages, enfin à leur écoulement loin de toute source potable. Il est à remarquer que les lieux les plus bas, dont le sol est perméable, sont les plus exposés. Simon a publié des faits très significatifs, d'après lesquels les habitants de Londres, pourvus de l'eau de la Tamise que l'on puisait dans un endroit où ce fleuve avait déjà reçu les débouchés d'un grand nombre d'égoûts de la ville, mouraient, du choléra, dans la proportion de 13 pour 1,000 habitants, pendant que les autres, *vivant dans les mêmes conditions*, mais faisant usage d'une eau pure, ne perdaient que 3,7 pour 1,000.

Il est bien permis de rapprocher de ces faits ceux que contient une note publiée récemment par M. Nonat, médecin de la Charité (2). Ce médecin a eu soin, en 1849, de désinfecter les salles à l'aide de fumigations chlorées (1 partie de chlorure de chaux pulvérisé mêlée à 8 ou 10 parties d'eau. Ce mélange était exposé en permanence dans des vases plats et évasés).

Voici les résultats obtenus :

« Éclairé par l'expérience de 1832, dit M. Nonat, je me proposai de combattre, à l'aide de ce moyen, non la cause générale du choléra, mais seulement l'une de ses causes occasionnelles, c'est-à-dire l'influence des miasmes répandus autour des malades; en un mot, j'eus en vue de rendre l'air moins insalubre.

« Les résultats que j'obtins furent aussi avantageux que je pouvais le désirer, c'est du moins ce qui me semble ressortir des deux tableaux statistiques que j'ai déjà publiés dans le numéro du 7 juillet 1857, du *Moniteur des hôpitaux*.

« Ces deux tableaux comprennent le relevé des cholériques traités dans les différents services de la Pitié, depuis le 1er janvier 1854 jus-

(1) *Gaz. des hôpitaux*, 16 novembre 1865.

qu'à la fin du mois d'août, c'est-à-dire pendant une période de huit mois. J'ai eu soin d'indiquer séparément les cholériques venus du dehors, et ceux qui ont contracté la maladie à l'intérieur. Cette distinction, on le comprend facilement, était très-importante pour montrer plus nettement l'influence des fumigations chlorées, sur la marche de l'épidémie, dans ma division, où, depuis l'invasion du fléau, c'est-à-dire depuis trois semaines, 10 cas de choléra s'étaient spontanément développés à l'intérieur. Je dois ajouter que ces fumigations n'ont été faites que dans mes deux salles qui, en 1849, n'avaient pas été moins frappées que les autres salles de la Pitié.

PREMIER TABLEAU.

Cholériques venus du dehors.

Service de	Hommes. Lits.	Femmes. Lits.	Cholériques.	
MM. Gendrin. . . .	54	40	173	(92 h., 81 f.)
Nonat.	54	40	35	(34 h., 1 f.)
Valleix	40	40	31	(14 h., 17 f.)
Marrotte. . . .	40	56	50	(18 h., 32 f.)
Sée.	26	56	40	(8 h., 32 f.)
Laugier.	50	34	1	(Homme.)
Michon	60	24	2	(Femmes.)

SECOND TABLEAU.

Cholériques dont la maladie s'est développée à l'hôpital ou cholériques du dedans, pendant huit mois.

Service de	M. Gendrin.	44	dont	28 hommes,	16	femmes.
—	M. Nonat.	5	—	4	1	—
—	M. Valleix.	17	—	13	4	—
—	Marrotte.	23	—	9	14	—
—	Sée.	19	—	5	14	—
—	Laugier.	11	—	6	5	—
—	Michon.	5	—	4	1	—

« Des conséquences importantes se déduisent de l'examen comparatif de ces deux tableaux statistiques. Ainsi, en premier lieu, on voit que dans les salles qui ont reçu un plus grand nombre de cholériques du dehors, il y a eu également un plus grand nombre de malades atteints du choléra dans l'intérieur. En second lieu, dans ma division, le chiffre des cholériques du dedans n'a pas suivi la même progression que dans celle de mes collègues. En troisième lieu, enfin, on peut se convaincre que, dans mes deux salles, ce dernier chiffre n'a pas été plus élevé que dans les services de chirurgie, où il n'a été reçu qu'un ou deux cholériques du dehors.

« A quelle cause attribuer l'immunité presque complète de mes deux salles, à dater du moment où j'ai eu soin d'instituer des fumigations de chlore en permanence? Ce résultat est-il dû à ces fumigations, ou dépend-il tout simplement du hasard ou d'une coïncidence, c'est-à-dire d'une diminution spontanée de l'influence générale de l'épidémie?

« Si mes expériences n'avaient eu que quelques jours, ou même quelques semaines de durée, on pourrait, avec raison, invoquer la coïncidence, le hasard, mais il en a été autrement. Mes expériences, comme je l'ai dit précédemment, ont commencé le 23 décembre 1853, et elles ont été continuées sans interruption jusqu'à la fin d'octobre 1854, c'est-à-dire pendant dix mois, et, chose remarquable et bien digne d'intérêt, à partir de l'instant où j'ai fait faire des fumigations chlorées dans mes deux salles, l'influence épidémique a perdu immédiatement de son intensité, et cet heureux effet s'est soutenu jusqu'à la fin de l'épidémie.

« En présence de ce résultat, il est impossible de le rattacher au hasard, à une simple coïncidence, et de ne pas l'attribuer aux fumigations chlorées. »

Il est regrettable que M. Nonat n'ait pu continuer ces heureux essais dans le cours de la présente épidémie. Il n'a pu le faire, en ce sens que des salles spéciales ayant été ouvertes aux cholériques, il n'y avait plus dans ces salles d'autres malades à préserver. Mais il y en avait, il y en a toujours dans d'autres services, et l'on ne saurait raisonnablement omettre un moyen aussi simple et qui a produit de si bons résultats.

Puisque aucun médecin, depuis les communications de M. Grimaud de Caux, n'est revenu sur la question de la contagion, à l'Institut, M. Chevreul (dont cependant les prétentions de chimiste nous font sourire) a eu bien raison de montrer combien l'opinion des contagionnistes est plus probable que celle de leurs adversaires, combien elle est féconde en conséquences, pratique et salutaire, si elle est vraie, sans danger si elle est fausse; tandis que rien n'est plus dangereux que l'opinion opposée. C'est à ce point de vue seulement que nous admettons les conclusions de ce savant : — « Les conséquences de l'opinion où l'on admet la contagion du choléra ne sont pas moins favorables à la santé publique qu'à la science, et ces conséquences sont contraires absolument à celles que nous avons énoncées plus haut en parlant de la première opinion.

« En prescrivant l'isolement des cholériques autant que possible, en apportant des restrictions à la libre communication des personnes qui

sont dans un vaisseau où le choléra a fait des victimes, comment la santé publique en souffre-t-elle, quels reproches le médecin fidèle à cette prescription peut-il encourir? En est-il de même de celui qui, convaincu que le choléra n'est pas contagieux, met sans appréhension, sans crainte, les malades non cholériques à côté des malades atteints par le fléau? Ne peut-on pas citer des victimes de ce voisinage?

« Après avoir reconnu que si l'opinion d'après laquelle on attribue au choléra le caractère contagieux n'est pas absolument démontrée, elle a pour elle une grande probabilité, et que les conséquences qui s'en déduisent au double point de vue de la science et de la santé publique présentent bien plus d'avantages que les conséquences déduites de l'opinion contraire, je ne puis, pour être conséquent avec l'opinion que je viens d'exposer, me dispenser d'applaudir à la proposition faite par le ministre des affaires étrangères aux gouvernements européens d'instituer une commission internationale chargée d'étudier le choléra dans les contrées orientales d'où il se répand en occident : certes, cette mesure doit réunir la sympathie de tous les amis du progrès social! »

PESTE BOVINE. — TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE.

Du choléra à l'épizootie anglaise, la transition est facile. Nous ne reviendrons pas cependant sur la description de cette dernière, dont il est question dans la *revue de l'Académie;* mais nous devons signaler un rapport adressé tout récemment au gouvernement hollandais, par MM. Gaudry, ex-professeur à l'école vétérinaire de l'État, et Émile Seutin, pharmacien, sur les expériences tentées par eux au point de vue curatif et préventif.

Ce rapport est une profession de foi homœopathique, et il a d'autant plus d'importance qu'il émane de deux personnages quasi officiels; le premier académicien, savant connu, ancien professeur; le second, l'une des sommités pharmaceutiques de Bruxelles.

Donnons un extrait de ce rapport :

« Conformément à l'engagement pris, nous vous envoyons notre rapport, que nous faisons remonter au moment même de notre arrivée à Schiedam. Nous ne rappellerons pas les circonstances et les motifs qui nous amenèrent dans ce pays, vous connaissez les premières; quant aux seconds, nous pouvons les avouer hautement, ce sont l'espoir d'être utile à la Hollande, de nous instruire, en soumettant à la sanction de l'expérience, la valeur de nos moyens préventifs et curatifs, celui enfin,

si nous réussissions, de pouvoir être utile à notre pays lui-même, où le fléau s'est montré déjà dans plusieurs localités, en venant mettre à sa disposition le fruit et le résultat de nos expérimentations. Nous avons été accusés, tant par les journaux belges que par ceux des Pays-Bas, de n'y être allés que par un vil motif de lucre et pour y vendre des remèdes secrets; nous pourrions ne pas répondre à ces méchantes accusations, inspirées par de mauvais sentiments; le gouvernement néerlandais, et le commissaire royal en particulier, les auront appréciés à leur juste valeur. Mais comme ces imputations sont restées sans réponse, au moins dans ce pays, on nous permettra de les réfuter ici, en déclarant que c'est à nos frais seuls que nous sommes venus combattre la peste bovine; si depuis, le gouvernement hollandais, en présence des résultats obtenus, nous a assimilés aux vétérinaires du pays, et promis, en outre, de nous couvrir des dépenses que nous avions faites, il l'a fait généreusement, et de sa propre initiative ; nous ne lui avions rien demandé.

« Quant aux résultats obtenus, le relevé que nous en avons fait avec l'honorable bourgmestre de Maltemesse à Schiedam, chargé par le gouvernement du contrôle de notre médication, *s'est élevé à soixante-douze pour cent de guérisons*. Quant à la cure préventive, elle a exercé aussi la plus heureuse influence dans les 15 premiers jours : sur 125 bêtes à qui elle a été administrée, 4 seulement sont devenues malades ; plus tard le chiffre s'en est accru, mais nous avons appris, par M. le bourgmestre encore, que bien des fermiers avait cessé de l'administrer, surtout aux bœufs, à cause de la difficulté qu'elle présente, les bêtes étant en prairie ; il a été constaté du reste que les bestiaux qui y ont été soumis et qui ont contracté la maladie (et ce nombre a été minime) étaient généralement moins attaqués et plus facilement guéris.

« Ces résultats nous décident à présenter ici quelques considérations ; les unes se rapporteront au traitement suivi, les autres à nos succès et à nos revers, et les dernières, au milieu dans lequel notre médication s'est faite. Quant au traitement, en quoi consiste-il ? C'est une *médication directe, ayant pour principe la grande loi des semblables*. Dans l'administration des médications, que cherchons-nous ? *Trouver des remèdes qui, par l'ensemble de leurs symptômes, répondent aussi parfaitement que possible à ceux que présente cette terrible maladie*, et *lorsque nous avons pu établir un rapport exact entre le remède et les symptômes, nous avons toujours l'espoir fondé d'arriver au succès* ; la différence dans notre médication et celle suivie par la généralité des praticiens, *c'est que nous*

sommes guidés par un principe invariable, qui est notre guide à nous, comme la boussole l'est aux navigateurs sur les mers. La méthode ancienne, au contraire, n'a aucun point de départ; autant d'hommes, autant d'opinions; rien de positif, rien de certain, tout est livré au hasard, à l'arbitraire; aussi, qu'avons-nous vu en arrivant à Schiedam? Beaucoup d'animaux malades, beaucoup de vétérinaires; qu'y faisaient-ils? Ils constataient les bêtes qui devenaient malades, ils constataient aussi celles qui décédaient, et pratiquaient des autopsies, mais de traitement, il n'y en avait pas, et si après notre arrivée on a essayé quelques moyens, sur quelle donnée, ne le demandez pas, on ne pourrait vous répondre.

« Nous en avons assez dit sur nos moyens curatifs, j'arrive au résultat obtenu. Le chiffre de 72 est beau déjà, mais il l'est davantage encore si l'on envisage les circonstances défavorables qui entouraient notre traitement; d'un côté, l'hostilité grande de tout le corps vétérinaire; de l'autre, l'incurie et la malpropreté d'un bon nombre de paysans; il était triste pour nous de voir nos pauvres malades sans litière et couchés dans leurs ordures.

« Chez les fermiers, peu soigneux, nous devons l'avouer, nos succès ont été compensés par des revers; chez ceux, au contraire, où nos soins étaient appréciés, qui exécutaient à la lettre notre traitement et savaient entourer leurs animaux malades de tous les soins qu'exige une aussi redoutable maladie, nous avons obtenu d'admirables résultats, et nous serions arrivés à un chiffre de 90 0/0 de guérison. »

Il est bien regrettable que les auteurs de ce rapport n'aient pas donné le détail de la médication mise en usage. Le Dr Mouremans, qui regrette comme nous cette lacune, y supplée par les réflexions suivantes :

« Pour tout homœopathe qui a examiné avec soin l'exposé des symptômes de la peste bovine publiés par les savants, il n'est pas bien difficile de conjecturer quels sont les médicaments qui, dans ces circonstances, ont dû être expérimentés et sur lesquels, dans tous les cas, il serait utile d'appeler l'attention. Ainsi, *metall. alb.*, par exemple, et *rhus tox.*, aux différentes dilutions, nous semblent, par leurs symptômes pathogénétiques, avoir dû être d'un puissant secours dans cette grave affection, non-seulement comme curatifs mais comme préventifs. Ces deux substances ne couvrent assurément pas tous les symptômes de la peste bovine, mais c'est au praticien à *individualiser* tous les cas, et à synthétiser pour ainsi dire ensuite son examen; car c'est par une vé-

ritable synthèse symptomatique qu'il se décide dans le choix d'un remède. D'autres médicaments encore, tels que *aconit*, *bryone*, *belladone*, *mercure*, *phosphore*, *soufre*, etc., ont dû recevoir aussi de nombreuses applications. C'est d'ailleurs de cette manière, c'est-à-dire en *individualisant* chaque cas morbide qu'ont procédé ces messieurs, car ils le disent explicitement : *Trouver*, dit le rapport, *des remèdes qui, par l'ensemble de leurs symptômes répondent aussi parfaitement que possible à ceux que présente cette terrible maladie.* Hahnemann n'aurait pas dit autrement.

« Cette grave question de la peste bovine avait déjà préoccupé divers homœopathes en Hollande et en Angleterre. Ainsi le *Monthly Homœopathic Review*, dans son numéro d'octobre, signale un article de M. Moore qui recommande l'administration d'*arsenicum*, 3ᵉ dilution, à titre d'agent préventif. Et le Dʳ Gruber, de Rotterdam, vante les bons effets qu'il a obtenus de l'administration de *phosph.*, 6ᵉ dilution, dans la même maladie. (1) »

RENTRÉE DE LA FACULTÉ.

L'école de Paris a eu sa séance de rentrée le 3 novembre. M. Tardieu y a fait aux élèves une allocution de circonstance, bien écrite, habilement préparée, très-digne, du reste, d'un meilleur accueil. L'auditoire, en effet, il faut le dire, était agité, impatient; M. Laugier, chargé de prononcer l'éloge de J.-L. Petit, semblait, selon l'expression même du doyen, *au pilori*. Cependant la séance n'a pas été aussi troublée qu'on avait paru le redouter, si nous en jugeons par les révélations de journalistes d'ordinaire assez bien informés.

« Ainsi, dit M. Amédée Latour, dans *l'Uuion médicale*, s'est terminée cette séance, au sujet de laquelle des craintes fort illégitimes avaient été manifestées; les excellentes dispositions des élèves et leur bon sens en ont fait prompte et unanime justice.

« Cette année, dit *la France médicale*, l'assemblée semblait agitée. Quelques éclairs menaçants avaient, dit-on, sillonné la nue. N'allait-on pas jusqu'à prétendre que les mauvais jours de M. Rayer devaient inténébrer le ciel jusqu'alors si serein, de son successeur? »

De son côté, *le Courrier médical* écrit :

« L'allocution de M. Tardieu a soulevé, parfois, des applaudissements

(1) Journal du dispensaire Hahnemann.

mérités; mais nous devons à la vérité de dire qu'elle n'a été écoutée par les élèves qu'avec une médiocre attention, et que, le plus souvent, elle a été interrompue par des cris et des interpellations fâcheuses.

«En résumé, conclut *le Courrier*, quelles conséquences tirer de cette séance bruyante et à laquelle toute solennité a fait défaut? Nous nous garderons de le dire.»

Il y a bien des causes à ce défaut de sympathie et de déférence de l'auditoire pour la Faculté. Il y en a d'injustes et de blâmables; mais il y en a aussi de justes et de fondées : l'enseignement médical officiel, et l'école de Paris en est la représentation la plus fortement organisée, est un monopole, et à ce titre il a quelque chose d'impopulaire. L'absence de concurrence et de contrepoids lui donne des allures despotiques. S'il veut paraître paternel et bienveillant, il n'inspire que la défiance. S'il affecte un langage libéral, on se souvient de sa haine constante pour toute liberté d'enseignement et de son injuste jalousie pour la véritable école de médecine pratique, celle des hôpitaux. Nous le disons sans amertume et en toute sincérité, ce régime omnipotent et exclusif commence à peser même à ceux qui ne se sont pas encore rendu compte de ses graves défauts. La Faculté, il n'y pas encore bien longtemps, régnait dans la sérénité la plus complète. Les jours d'orage sont venus. Quelle y prenne garde. Elle pourrait finir par perdre tout prestige, et que deviendrait-elle le jour où il serait démontré pour tous que l'enseignement médical doit être libre et qu'une médecine d'État est une absurdité nuisible à l'État et à la médecine?

D'ailleurs, l'enseignement matérialiste a produit ses fruits. Il a trouvé de l'écho dans une partie de la jeunesse, et cette jeunesse-là n'est pas sans doute la plus docile et la plus respectueuse. Les journaux ont publié des lettres écrites au retour du Congrès des étudiants à Liége. En voici un échantillon qu'il est bon d'enregistrer :

Au *Constitutionnel*.

« Monsieur le rédacteur,

« Vous empruntez au *Journal de Bruxelles* un compte-rendu qui tra-
« vestit complétement le discours que j'ai prononcé à Liége. Je proteste
« contre de pareilles inexactitudes.

« Voilà pour la forme ; *quant au fond, je n'ai garde de le répudier*,
« ayant la faiblesse de croire encore à la liberté de conscience. En face
« de M. Foucher de Careil, qui affirmait le spiritualisme et sa foi reli-

« gieuse, j'ai affirmé *le matérialisme et ma foi en la science.* Depuis « Aristote jusqu'à Broussais, en passant par Spinosa, Loke et Diderot, « nombreux sont les maîtres dont je ne puis que suivre de loin la trace ; « mais si la force est petite, la volonté est grande, et leur puissante « égide me préserve de toute atteinte.

« J'ai l'honneur, etc. A. REGNARD,
interne des hôpitaux.

Heureusement, l'excès du mal ramène au bien. Voici un fait d'un ordre tout opposé que nous trouvons dans un autre journal (*le Monde*) et qui fait un heureux contraste avec le matérialisme pratique trop longtemps enseigné dans l'école de Paris :

« Dans la matinée du 15, dans la grande salle de l'Université de Turin, le docteur Bruno a lu le discours inaugural de l'année universitaire ; et croirait-on que le Dupuytren turinois a vivement soutenu cette thèse que la religion est nécessaire à la science, au progrès, à la société? Ce n'est pas tout : ce discours, où les esprits forts, les panthéistes, les matérialistes, les athées n'étaient pas épargnés, a été applaudi avec une chaleur extraordinaire par tout le corps de l'Université.

« Le docteur Bruno a demandé aux six cents étudiants : Croyez-vous réellement n'être que des singes perfectionnés? Croyez-vous rendre un véritable service à l'homme en lui persuadant que son âme meurt avec son corps? Que dites-vous de cette jeune fille à laquelle j'annonçais qu'il fallait procéder à l'amputation des pieds, et qui, pour toute réponse, pria quelques instants et se soumit bravement à cette opération? Trente années d'expériences m'ont convaincu et donné le droit d'affirmer qu'il n'y a que la religion qui puisse consoler les innombrables misères de ce monde. »

Voilà le langage qu'on a tenu à l'Université de Turin, langage qui depuis dix-huit ans n'avait pas été entendu. Ce langage a été couvert d'applaudissements.

ALPH. MILCENT.

VARIÉTÉS

On lit dans plusieurs journaux :

« On attend à Paris la prochaine arrivée d'une jeune fille, originaire de la Souabe. Agée de seize ans et demi, Louise B... demeure chez ses

parents, propriétaires-cultivateurs au lieu dit le Boudru (Seine-et-Marne), où ils se sont établis après avoir quitté l'Allemagne.

« A la suite d'un violent chagrin, causé par la mort de sa sœur, qu'elle aimait passionnément, Louise est tombée dans un sommeil léthargique qui s'est prolongé pendant 56 heures. Après ce laps de temps elle s'est éveillée, non à la vie réelle et normale, mais à une existence étrange qui se résume dans les phénomènes suivants :

« Louise a subitement perdu sa vivacité et sa gaieté, sans souffrir cependant, mais en prenant possession d'une sorte de béatitude qui s'allie au calme le plus profond. Pendant toute la durée du jour elle reste immobile sur une chaise, ne répondant que par des monosyllables aux questions qui lui sont adressées. Le soir venu, elle tombe dans un état cataleptique, caractérisé par la rigidité des membres et la fixité du regard.

« En ce moment, les facultés et les sens de la jeune fille acquièrent une sensibilité et une portée qui dépassent les limites assignées à la puissance humaine. Elle possède non-seulement le don de seconde vue, mais encore celui de seconde ouïe, c'est-à-dire qu'elle entend les paroles proférées près d'elle, et qu'elle entend celles qui sont émises dans un endroit plus ou moins éloigné vers lequel se concentre son attention.

« Entre les mains de la cataleptique, chaque objet prend pour elle une image double. Comme tout le monde, elle a le sentiment de la forme et de l'apparence extérieure de cet objet ; elle voit en outre distinctement la représentation de son intérieur, c'est-à-dire l'ensemble des propriétés qu'il possède et des usages auxquels il est destiné dans l'ordre de la création.

« Dans une quantité de plantes, d'échantillons métalliques et minéralogiques, soumis à son inconsciente appréciation, elle a signalé des vertus latentes et inexplorées qni reportent la pensée vers les découvertes des alchimistes du Moyen Age.

« Louise éprouve un effet analogue à l'aspect des personnes avec lesquelles elle entre en communication par le contact des mains. Elle les voit à la fois telles qu'elles ont été dans un âge moins avancé. Les ravages du temps et de la maladie disparaissent à ses yeux, et si l'on a perdu quelque membre, il subsiste encore pour elle.

« La jeune paysanne prétend qu'à l'abri de toutes les modifications de l'action vitale extérieure, la forme corporelle demeure intégralement reproduite par le fluide nerveux.

« Transportée dans les endroits où se trouvent des tombeaux, Louise

voit et dépeint de la manière que nous venons de rapporter, les personnes dont la dépouille a été confiée à la terre. Elle éprouve alors des spasmes et des crises nerveuses, de même que lorsqu'elle approche des lieux où existent, à n'importe quelle profondeur dans le sol, de l'eau ou des métaux.

« Quand la jeune Louise passe de la vie ordinaire à ce mode de vie qu'on peut appeler supérieur, il lui semble qu'un voile épais tombe de ses yeux. La création, éclairée pour elle d'une manière nouvelle, fait l'objet de son intarissable admiration, et, quoique illettrée, elle trouve, pour exprimer son enthousiasme, des comparaisons et des images véritablement poétiques. »

Sans admettre la réalité de tout ce que contiennent les lignes précédentes, ne peut-on considérer cet état comme un cas très-remarquable de somnambulisme naturel ou plutôt pathologique? A. M.

— Dernières nouvelles du choléra : Au 1er novembre, sur 2,616 entrées dans les hôpitaux, il y avait eu 1,343 décès, *un peu plus de la moitié*.

		Décès				Décès	
Dates.	Entrées.	dans les hôp.	en ville.	Dates.	Entrées.	dans les hôp.	en ville.
1er nov. .	54	35	93	16 nov. .	29	13	32
2	56	22	83	17	25	10	33
3	53	25	81	18	33	17	33
4	38	22	94	19	30	14	43
5	23	12	81	20	34	10	23
6	34	19	58	21	29	9	21
7	37	18	55	22	17	17	22
8	44	21	64	23	13	14	21
9	39	18	55	24	15	6	23
10	25	15	57	25	15	6	10
11	28	7	49	26	12	2	12
12	22	12	18	27	20	7	14
13	28	15	46	28	21	9	13
14	24	14	36	29	17	7	7
15	33	12	40	Totaux. . .	846	399	1,217

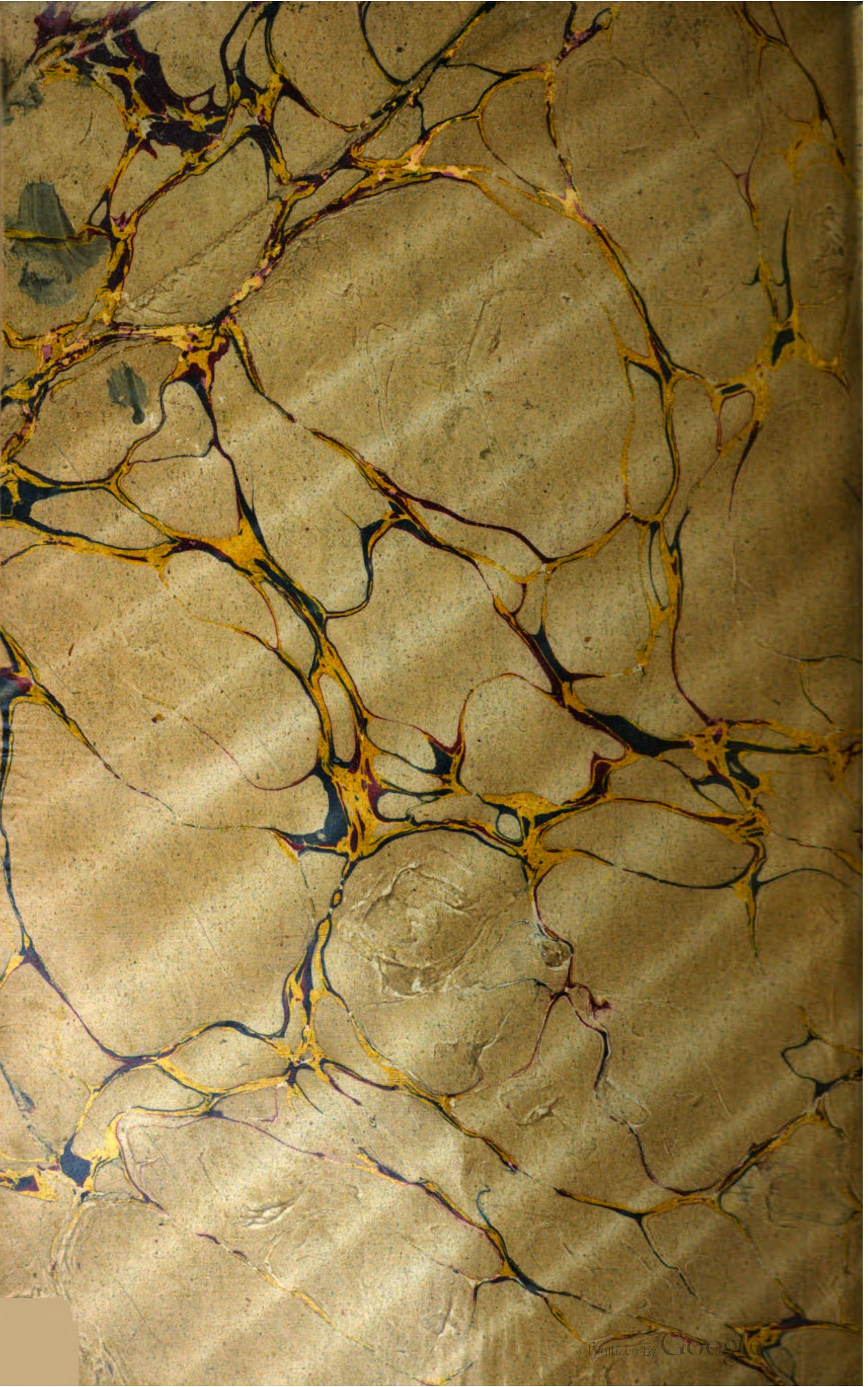
Le Rédacteur en chef, Jules Davasse.

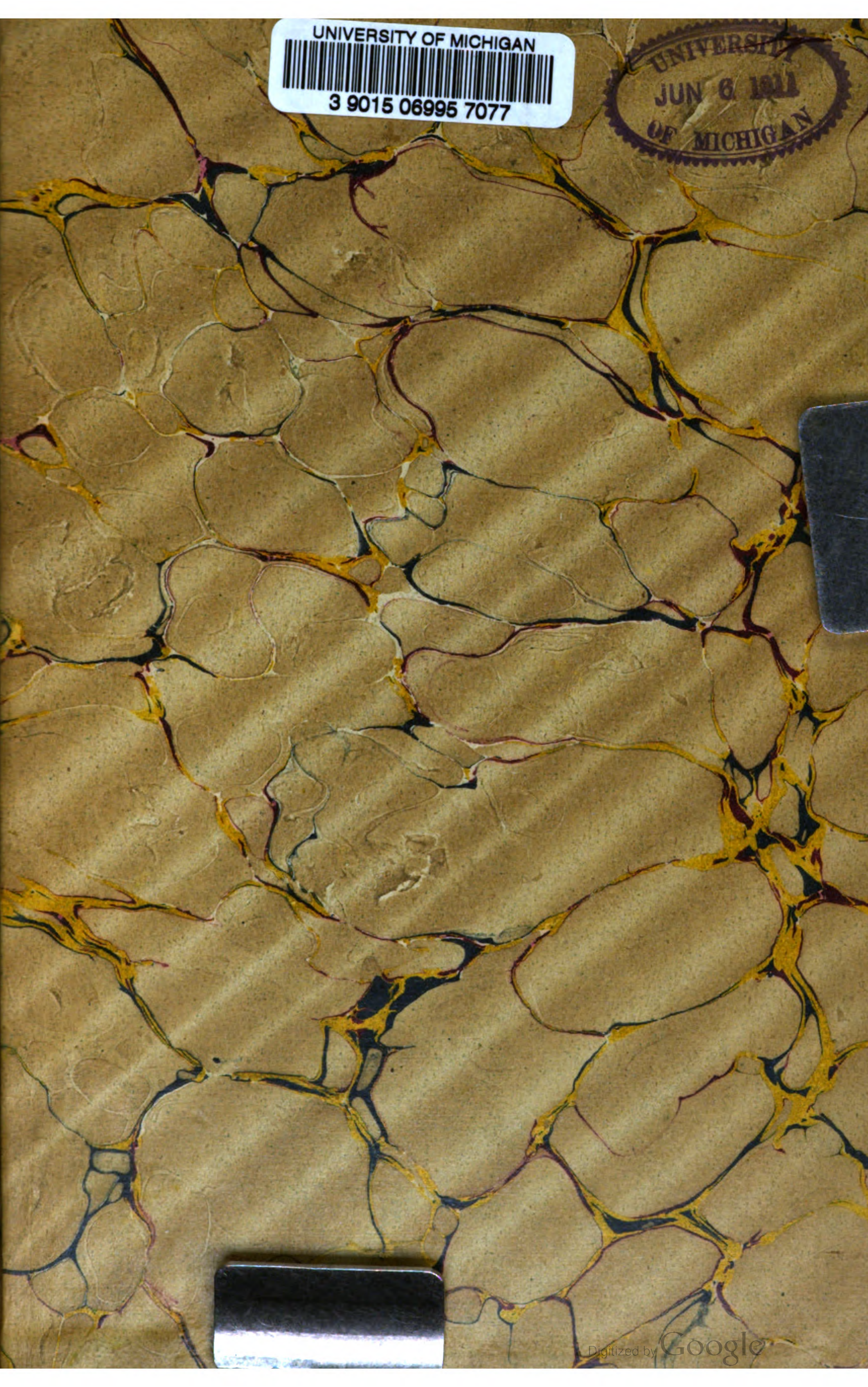
TABLE DU TOME XXII DE L'ART MÉDICAL

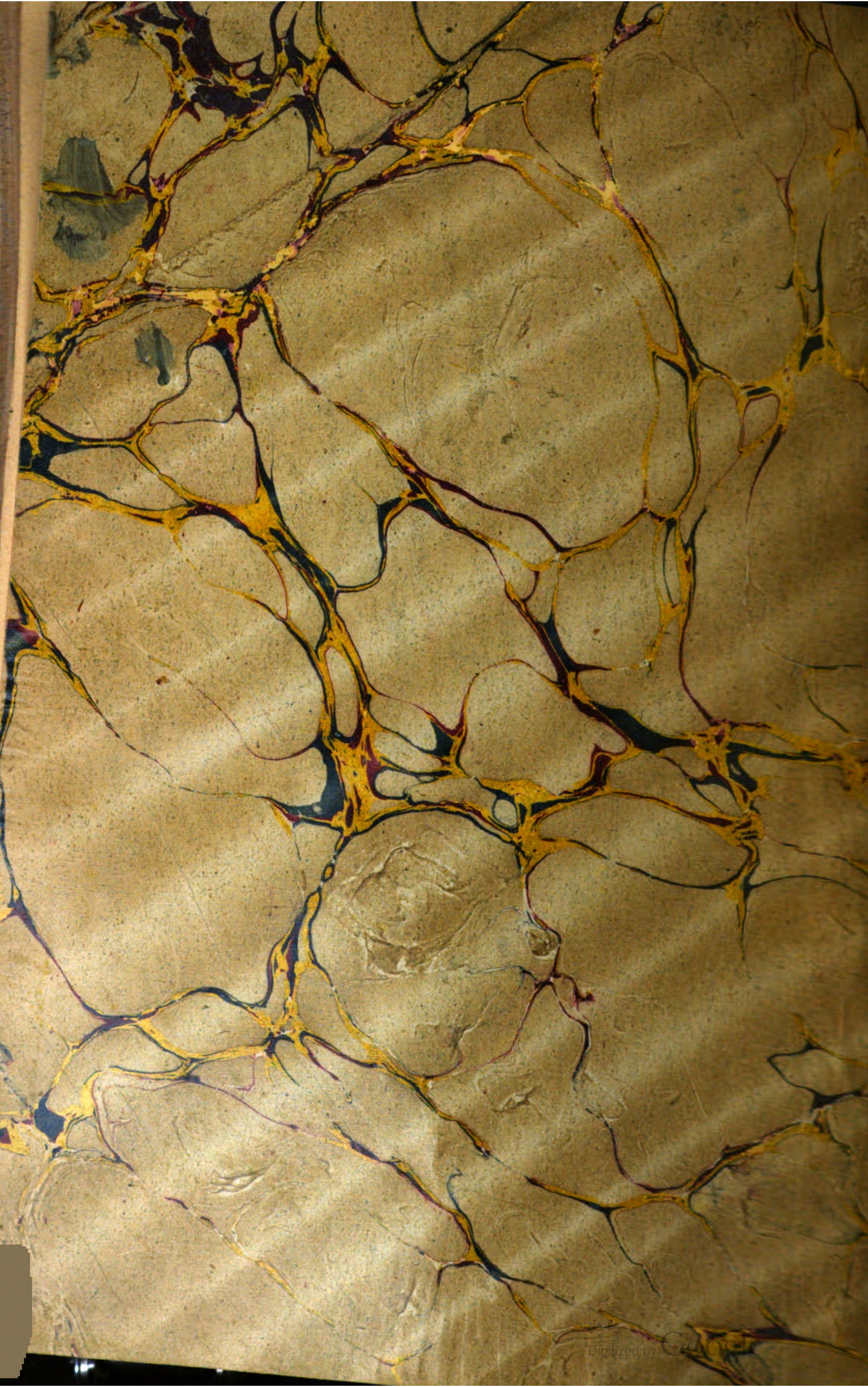
E. H.

FIN DE LA TABLE DU TOME VINGT-DEUXIÈME

Paris. — Typographie A. Parent, rue Monsieur-le-Prince, 31.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06995 7077
UNIVERSITY
JUN 6 1911
OF MICHIGAN
Digitized by Google





UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06995 7077
UNIVERSITY
JUN 6 1911
OF MICHIGAN
Digitized by Google

